

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET AU TRAITEMENT
DE LA NÉCROBIOSE DES FIBROMES
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Février 1929

PAR

Marie-Joseph-André BARTHÉLEMY

EX-INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

MÉDECIN RÉSIDANT DE L'HÔPITAL PELLEGRIN

Né à BORDEAUX (Gironde), le 17 Mai 1902

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		PÉRY, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET AU TRAITEMENT
DE LA NÉCROBIOSE DES FIBROMES
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Février 1929

PAR

Marie-Joseph-André BARTHÉLEMY

EX-INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

MÉDECIN RÉSIDANT DE L'HÔPITAL PELLEGRIN

Né à BORDEAUX (Gironde), le 17 Mai 1902

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		PÉRY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOUL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
			LOUBAT.
	GREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	N.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

R. UNIV



COURS COMPLEMENTAIRES

LEIDEN		MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.		
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.		
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.		
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.		
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MON PREMIER MAÎTRE
MONSIEUR L'ABBÉ SANSAN

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR COURBIN ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY ;
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER.

Internat

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL

CHEF DU SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Souvenir reconnaissant de son aimable accueil au
début de mon Internat.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIÈRE

PROFESSEUR HONORAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui m'a donné le goût des questions obstétricales.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Hommage respectueux au bienveillant chef de
service qui m'a fait aimer la chirurgie au seuil de mes
études.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MON CHER MAÎTRE,

J'avais gardé un trop bon souvenir de votre enseignement clinique, lors de mon passage comme externe dans votre service, pour ne pas y revenir comme interne. Daignez agréer l'expression de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Faible témoignage de toute mon admiration et de toute ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL TASTET-GIRARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A qui je suis heureux d'exprimer ici toute ma gratitude pour son extrême bienveillance et pour tout ce qu'il m'a enseigné dans son beau service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

MON CHER MAÎTRE,

Je n'oublierai jamais l'aimable accueil que j'ai trouvé auprès de vous à la fin de mon internat, ni l'intérêt que vous avez bien voulu me porter. Pendant mon trop court passage dans votre service, vous m'avez fait bénéficier de votre enseignement si clair, si clinique, si séduisant. Vous avez bien voulu enfin me donner le sujet de ce travail.

Croyez, Maître, à ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MON CHER MAÎTRE,

Vous avez bien voulu me faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Daignez voir, dans ce modeste travail, l'hommage de ma vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

La nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse est une affection peu fréquente et souvent mal reconnue. Nous avons trouvé dans la littérature médicale de nombreux cas où l'intervention avait été décidée sur une erreur de diagnostic. Aussi avons-nous jugé utile, dans une première partie, de rechercher soigneusement les signes de cette affection, de voir en particulier si la séméiologie différait lorsque cette dégénérescence se produisait au cours de la grossesse, de la triade classique qui caractérise la nécrobiose des fibromes ordinaires. Dans une seconde partie, nous avons essayé de tirer une ligne de conduite où les intérêts de la mère et ceux de l'enfant soient également sauvegardés de l'étude des résultats connus des différentes méthodes thérapeutiques.

Nous avons volontairement limité ce travail à ces données cliniques et n'avons pas essayé d'étudier la pathogénie de cette affection. Nous nous sommes également limités à l'étude de la nécrobiose pure et confirmée par l'examen des pièces; nous avons donc éliminé les observations de torsion pédiculaire des fibromes sous-séreux et la forme décrite par Pozzi sous le nom de fibromes à marche galopante.

Qu'il nous soit permis, en tête de ce travail, de remercier bien vivement notre Maître, M. le Professeur agrégé CHARRIER, qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail, et M. le Professeur ANDÉRODIAS, qui a bien voulu accepter d'être notre Président, pour l'aide bienveillante et indispensable qu'ils ont bien voulu nous apporter au cours de ce travail.

Contribution à l'Étude clinique et au Traitement DE LA NÉCROBIOSE DES FIBROMES AU COURS DE LA GROSSESSE

Historique.

La conduite à tenir en présence d'une grossesse survenant dans un utérus fibromateux a donné lieu à de nombreuses discussions et a été fort étudiée depuis des temps reculés.

Les Arabes Abdulcasis et Al Hussam connaissaient les tumeurs prævia. Ambroise Paré a également étudié la question. Plus près de nous, nous trouvons le Mémoire de Levret (1749) sur les fibromes et la grossesse.

Mais la plupart des auteurs qui ont étudié cette importante question l'ont attaquée de front et, en général, le problème n'a pas été sérieusement étudié. Une place prépondérante, voire même unique, a été faite à la question de distocie possible au moment de l'accouchement du fait de la présence du fibrome.

Nous voyons chirurgiens et accoucheurs divisés en deux camps, interventionnistes et non-interventionnistes. Les discussions sont parfois violentes, ainsi à la Société de Chirurgie, en 1869.

Les uns arguent de la gêne fréquente apportée par le fibrome au moment de l'accouchement pour vouloir supprimer ce danger possible dans les premiers mois de la grossesse, sitôt reconnu. Richelet est leur porte parole disant : « Il y a lieu de sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre et le chirurgien doit intervenir préventivement s'il veut sauver la femme ».

Les autres, au contraire, et ils ont entraîné la majorité, font valoir les modifications physiologiques que subissent les fibromes pendant la grossesse, amenant un ramollissement tel que le plus souvent l'accouchement naturel est possible et concluent en faveur de l'expectative. Mais interventionnistes et non-interventionnistes sont toujours d'accord pour opérer en cas de complications venant de l'état du fibrome. D'ailleurs, cette question reste au second plan.

Actuellement, les travaux sur cette question si complexe ont été assez nombreux pour qu'il paraisse superflu d'y revenir et nous n'étudierons qu'un cas particulier parmi les nombreux problèmes posés par la présence d'une grossesse dans un utérus fibromateux. C'est celui de la dégénérescence nécrobiotique du fibrome pendant la grossesse.

Les travaux sur ce cas particulier sont, en effet, beaucoup plus rares.

Une première raison apparaît tout de suite. L'étude des dégénérescences des fibromes en dehors de toute grossesse est elle-même de date assez récente. En particulier, les nombreux problèmes que nous pose la nécrobiose n'ont été élucidés que ces derniers temps. Quoique cette question plus générale sorte du cadre que nous nous sommes tracé, nous ne pouvons passer sur cette question sans citer les remarquables travaux de l'école bordelaise à qui est dû nombre de données les plus récentes sur ce problème. Citons les travaux de Chavannaz, Chavannaz et Nadal. Bégouin, Bardon.

Il est donc tout naturel que l'on n'ait pas songé plus souvent à étudier à part cette dégénérescence au cours de la grossesse puisque sa connaissance en général est de date assez récente.

Parallèlement, les interventions chirurgicales sur l'utérus gravide devenaient de plus en plus fréquentes. Peu à peu les indications de ces opérations, de la myomectomie en particulier, se précisaient de plus en plus ; les interventionnistes perdaient d'ailleurs du terrain.

Mais de nombreuses interventions avaient été pratiquées qui avaient montré les heureux résultats de la myomectomie sur utérus gravide. La première est due à Martin (de Berlin), en 1873 ; en France, les premières opérations sont celles de Péan (1874) et de Routier (1886).

Dans les travaux récents sur la myomectomie en général pendant la grossesse, nous voyons discuté aux indications opératoires le cas de la nécrobiose. L'asepsie de la tumeur autorise en effet le traitement conservateur et on ne comprend pas les auteurs qui font de cette dégénérescence une contre-indication à la myomectomie. D'ailleurs, ces cas sont rares. Sur 82 myomectomies pendant la grossesse relevés par Denis dans sa thèse, nous n'en voyons que 7 (8,6 %) pour nécrobiose.

Néanmoins, la voie était libre pour isoler cette forme clinique du fibrome gravidique et étudier les problèmes thérapeutiques qu'elle pose.

Nous voyons deux phases assez nettes dans l'histoire de la nécrobiose du fibrome gravidique.

Dans une première phase, il s'agit d'une découverte d'autopsie *post abortum* ou *post partum*, l'avortement ayant quelquefois été provoqué dans un but thérapeutique. Ce que nous savons de l'asepsie presque constante des lésions nécrobiotiques pendant la grossesse et de leur infection si fréquente au moment de l'accouchement nous autorise à soupçonner la nécrobiose vraie de la grossesse dans les lésions gangréneuses surajoutées qui nous sont décrites.

Puis viennent les opérations de Porro pour dystocie au cours desquelles on trouve le noyau fibromateux nécrobiosé. La description de cette opération correspond à peu près à l'époque de Lister et à l'apparition de l'asepsie. Aussi les interventions deviennent plus nombreuses.

Aucune description histologique n'est d'ailleurs donnée avant le cas rapporté par Cornil en 1893 dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Il s'agissait d'une hystérectomie pratiquée par Péan au sixième mois de la grossesse.

Le diagnostic n'avait pas été fait : il s'agissait d'une tumeur très volumineuse augmentant rapidement de volume, la grossesse étant passée inaperçue.

Dans une seconde phase, le diagnostic est fait au moment des premiers accidents pendant la grossesse. C'est de cette époque que datent les tentatives thérapeutiques contre cette affection.

La première observation publiée est celle de Bouilly (*in* thèse Grosse, Paris, 1902), qui pratiqua une myomectomie au troisième mois de la grossesse sur un fibrome pédiculé. La malade mourut de péritonite. Grosse posait néanmoins, dans sa thèse, le principe de l'intervention systématique dans la grossesse toutes les fois que les accidents causés par le fibrome menaçaient la vie de la mère. Il ajoutait : « on pratiquera si possible une myomectomie ». Mais il ne distinguait pas la nécrobiose aseptique du sphacèle septique.

Puis viennent les cas de Ribemont-Dessaigne (1903), Thorn (1903), Bland Sutton (1904), 3 cas. Ces cinq myomectomies se sont toutes terminées par la guérison.

Mais, néanmoins, la myomectomie au cours de la grossesse reste assez peu pratiquée jusqu'à nos jours et reste sous le coup des réserves formulées par Pozzi, qui écrivait en 1901 : « La myomectomie au cours de la grossesse est une opération d'exception qui ne doit être faite qu'en vertu d'une indication impérieuse. Elle doit être pratiquée avec des précautions spéciales. La grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se faire à terme ».

Peu à peu la nécrobiose est isolée des autres dégénérescences des fibromes, en particulier dans le Mémoire de Taylor, en 1906.

Jusqu'à ces derniers temps, les opérateurs gardaient une certaine crainte au sujet de l'infection possible et mécon nue de la tumeur nécrobiosée. Les examens bactériologiques plus fréquents dissipent cette crainte.

La conduite à tenir est discutée à la Royal Society of

Medecine of London, en 1909, à la suite de la communication de Turner.

Par Charrier dans son Mémoire de 1914 à l'Académie de Médecine sur le traitement chirurgical des fibromes pendant la grossesse. Ce travail contient une étude de toutes les complications qui peuvent obliger à intervenir pendant la grossesse, en particulier la nécrobiose ; il se termine par un éloquent plaidoyer en faveur de la myomectomie. Il contient en outre la première étude systématique de technique opératoire sur l'utérus gravide.

Par Chavannaz, au Congrès Français de Chirurgie (1919).

Bien que ce point sorte du cadre que nous nous sommes tracés, nous citerons les travaux histologiques de Keiffer sur l'évolution des fibromes gravidiques et la pathogénie de leur dégénérescence.

Enfin, plus près de nous, citons les travaux de Leroux (thèse de Paris, 1923), Brindeau (*Presse Médicale*, 1923), Rioux (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923), Bland (*Surgery Gynecology and Obstetric*, 1925).

Symptomatologie.

Nous rappellerons d'abord rapidement les signes classiques de la nécrobiose des fibromes en dehors de la grossesse. Ces signes ont été magistralement décrits par Bégouin qui les a synthétisés dans la triade classique : douleur, augmentation de volume, fièvre.

Nous verrons ensuite comment ces trois ordres de signes se présentent à nous au cours de la grossesse.

a) La douleur est, en général, le premier signe en date. De début parfois brutal, elle peut simuler alors une crise de pelvi-péritonite ou la torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire et égarer le diagnostic. Elle s'accompagne alors d'autres phénomènes de réaction péritonéale, constipation, vomissements. Plus souvent la douleur s'installe peu à peu, d'abord sourde, siégeant dans l'hypogastre, irradiant dans les flancs. Elle est exacerbée par les mouvements et par la palpation.

b) En même temps le fibrome augmente rapidement de volume. Cette augmentation peut même être perçue par la malade elle-même. Elle coïncide avec une diminution de consistance de la tumeur perceptible au palper.

c) Enfin l'état général s'altère; on note un facies plombé terreux et une légère élévation de température autour de 38°. Il s'agit là d'une fièvre par résorption toxique, elle ne signifie pas du tout infection du fibrome.

La fréquence de ces accidents au cours de la grossesse a été diversement estimée, mais en général ils sont rares.

En effet, ils demandent, pour se produire, qu'une fibromateuse soit fécondée, et l'on sait que la présence de fibromes a été souvent invoquée comme cause de stérilité.

Pour Pinard, on trouve 7 cas de fibromes sur 1.000 femmes enceintes.

Pour Troel (de Stockholm), 4 pour 1.000.

Pour Brindeau, 8 pour 1.000.

D'autre part, Treub, sur 429 femmes porteuses de fibromes, en trouve 13 seulement en état de gestation.

Enfin Denis, sur 82 myomectomies au cours de la grossesse, en trouve 7, soit 8,6 % pour nécrobiose.

Les Américains donnent des chiffres à peu près semblables. George W. Kosmak (tumeurs fibreuses compliquant la gestation et leur traitement, in the *American Journal of Obstetric and Gynecology*, juillet 1923) donne 33.269 accouchements ou avortements, de 1912 à 1923, au New-York Lying-in Hospital ; il relève 114 cas de fibromes, soit 3,4 pour 1.000 et 4 cas d'accidents toxémiques pouvant faire penser à la nécrobiose, soit 3,5 % des cas de fibromes.

Le plus souvent ces accidents se produisent chez des primipares âgées. Ils sont rares chez les femmes jeunes.

Dans les 50 cas que nous avons réunis, nous trouvons :

5 cas où l'âge de la malade n'est pas signalé.

2 cas au-dessous de 25 ans, soit 4,3 % des cas connus.

7 cas de 25 à 30 ans soit 15,8 % —

15 cas de 30 à 35 ans soit 33,3 % —

16 cas de 35 à 40 ans soit 35,7 % —

5 cas au-dessus de 40 ans.. soit 11,1 % —

Le maximum est donc autour de 35 ans.

Pour les grossesses antérieures, nous voyons :

17 cas où cela n'est pas signalé.

5 fois des avortements antérieurs, soit 15,1 % des cas connus.

18 fois il s'agit de primipares soit 54,5 % —

6 fois il s'agit de secondipares soit 18,1 % —

4 fois il s'agit de grandes multipares soit 12,4 % —

Enfin, ces accidents ne se révèlent pas à toute époque de la grossesse. Nous avons trouvé :

5 cas où le début a été trop insidieux pour que la date en soit précisée :

7 fois	ils se sont produits avant le 3 ^e mois...	soit 14,8 %
13 fois	— au 3 ^e mois.....	soit 27,6 %
14 fois	— au 4 ^e mois.....	soit 29,7 %
6 fois	— au 5 ^e mois.....	soit 12,4 %
2 fois	— au 6 ^e mois.....	soit 4,2 %

Aucun cas après le 6^e mois.

Le maximum est donc vers le 3^e ou le 4^e mois.

Le mode de début est variable. Dans les 50 observations que nous avons pu réunir, nous voyons que le début a été brutal dans 10 cas seulement, soit dans 20 %, et dans ces cas les erreurs habituelles signalées par Bégouin ont été assez souvent commises.

Mais bien plus souvent le début a été lent (40 cas, soit 80 %). Dans trois observations même (n^{os} 11, 13 et 16) assez anciennes il est vrai (1909, 1910 et 1911), les phénomènes pathologiques, d'ailleurs discrets, étaient bien antérieurs au début de la grossesse et remontaient à 18 mois. Il faut reconnaître qu'à cette époque les malades atteintes de ces troubles allaient moins volontiers voir un chirurgien ; ces faits doivent tendre à disparaître.

Assez souvent la grossesse est inconnue de la malade. Elle n'est qu'une trouvaille d'examen. Il y a pourtant eu le plus souvent un arrêt des règles plus ou moins net, en tout cas modification apparente avec les ménorrhagies du fibrome. Les cas où nous avons relevé des pertes de sang parmi la symptomatologie des fibromes sphacelés sont assez rares : 8, soit 16 %.

C'est à peu près constamment pour un des trois signes de la triade classique que la malade vient voir le chirurgien.

a) De tous, le plus constant est la douleur. Nous ne trouvons que cinq cas où elle n'a pas été signalée, un seul (Cha-

vannaz) où on ne la révélait même pas à la pression, deux où elle est indiquée avoir été légère. On peut donc considérer la douleur comme un phénomène à peu près constant, variable seulement dans ses modes de début.

Quels sont ses caractères une fois établie ?

En général, elle est spontanée, pas très violente, profonde et continue. Elle siège au niveau du fibrome lui-même, c'est-à-dire le plus souvent dans la région hypogastrique, quelquefois assez haut vers l'ombilic ou dans les flancs, lorsque l'utérus ou le fibrome a pris un certain volume.

Elle s'accompagne assez souvent d'hyperesthésie cutanée et de réaction péritonéale se traduisant par de la défense musculaire à son niveau. Cette douleur peut s'irradier dans les flancs au début, mais une fois installée elle est en général sans grande irradiation. Elle s'accompagne de sensations anormales dans tout l'abdomen telles que sensations de pesanteur, tiraillements, et de troubles de compression, en général assez marqués, liés au rapide développement de la masse fibromateuse sur lequel nous allons revenir tout à l'heure.

Ces phénomènes de compression peuvent porter :

1° Sur la vessie (rétention d'urine ou plus souvent polakurie) ;

2° Sur le rectum (constipation exagérée) ;

3° Sur les vaisseaux et les nerfs du membre inférieur (sciatique, œdème).

Un des principaux caractères de cette douleur est d'être constante une fois établie : la malade a toujours son abdomen douloureux. Mais elle est en général très atténuée par le repos qui est le meilleur remède à ces accidents. Par contre, elle est exagérée par la fatigue, les voyages. C'est même souvent à l'occasion d'un voyage qu'elle est apparue pour la première fois.

Enfin, elle est provoquée par la palpation au niveau du fibrome, en particulier par la palpation bi-manuelle, et

surtout par les tentatives de mobilisation de la masse fibromateuse.

Elle peut être assez vive pour nécessiter un examen sous anesthésie.

b) L'augmentation rapide et considérable du volume du fibrome est également à peu près constante dans les cas que nous étudions.

Nous rappellerons d'ailleurs qu'au cours de toute grossesse le tissu des fibromyomes subit la même hyperplasie que le reste du muscle utérin et que cette hypertrophie constante, en dehors de tout processus nécrobiotique, a été autrefois à la base de théories pathogéniques pour expliquer la plus grande fréquence de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse, théories qui ont été d'ailleurs abandonnées à la suite de travaux ultérieurs.

Mais cette hypertrophie normale reste en général modérée. Ce qui caractérise au contraire l'augmentation de volume du fibrome nécrobiosé, c'est sa rapidité et son importance. Bien souvent cette augmentation est si considérable qu'elle se traduit rapidement par une augmentation de volume de l'abdomen dont la malade elle-même s'aperçoit, et c'est cette augmentation rapide, ne coïncidant pas avec l'âge présumé de la grossesse, qui attire son attention, la douleur ne passant qu'au second plan.

Bien entendu, ces renseignements n'ont de valeur que si l'on a des notions assez exactes sur l'âge de la grossesse, et l'on sait combien imprécis sont souvent, à ce sujet, les renseignements dus à la notion de l'époque des dernières règles.

Si l'on connaissait déjà la malade et si l'on avait eu l'occasion de porter sur elle le diagnostic de fibrome avant sa grossesse, il sera beaucoup plus facile de se faire une opinion sur l'augmentation de volume de cette tumeur. Souvent il faudra deux examens séparés par un certain intervalle de temps, 15 à 20 jours par exemple, pour pouvoir interpréter sûrement ce signe.

Il est d'ailleurs à peu près constant, et souvent les auteurs insistent sur l'importance, la netteté de cette augmentation de volume.

Enfin, comme dans la nécrobiose des fibromes ordinaires cette augmentation de volume s'accompagne d'un ramollissement de la masse qui contraste avec la dureté habituelle du fibrome. Ce ramollissement manque rarement, mais il est extrêmement variable quant à son degré et tient à l'importance de l'altération de la tumeur. D'ailleurs, tout fibrome gravidique même non nécrobiosé se ramollit. Ce caractère est donc loin d'être pathognomonique et on ne devra pas y attacher d'importance s'il est isolé.

Tous ces signes physiques, ainsi que l'étude de la douleur provoquée, nous seront révélés par un examen gynécologique complet.

L'inspection de l'abdomen nous montrera son volume anormal. La palpation nous donnera des renseignements plus importants, des précisions sur le siège et le volume de la tumeur, sur sa mobilité, enfin sur la présence ou non d'une réaction péritonéale de voisinage. La percussion donne une tumeur mate comme un fibrome ordinaire.

Le toucher vaginal et le palper bimanuel nous donneront des renseignements sur le ramollissement et sur son siège par rapport à l'utérus. Nous verrons plus tard combien ce point est important. Il faudra s'efforcer de préciser s'il s'agit d'un fibrome pédiculé ou d'un fibrome intra muros.

Enfin, le toucher rectal sera souvent indispensable. Les renseignements qu'il nous donnera seront toujours précieux dans les cas de fibromes postérieurs.

Au moment des contractions de l'utérus, la plupart des fibromes même sphacelés deviennent plus durs et plus saillants. Ce signe, lorsqu'il est perçu, est en faveur d'un fibrome intra muros : les fibromes pédiculés ne présentent pas ce phénomène. De même, les fibromes intra muros très profondément altérés.

c) Les signes généraux sont beaucoup plus inconstants et foncièrement irréguliers dans leurs manifestations.

Ils tiennent en effet, pour la plupart, à la résorption toxémique au niveau du foyer de nécrobiose. Il faut donc que cette nécrobiose ait atteint un certain degré pour qu'ils puissent se produire. Quelques-uns de ces signes généraux sont plutôt liés à l'augmentation de volume de la tumeur et aux troubles de compression qui en sont la conséquence. Le tractus urinaire, en particulier, est sujet à ces compressions. Déjà fragile au cours de toute grossesse, il trouve là un élément surajouté de troubles : on a signalé l'albuminurie et la glycosurie, mais il est difficile de faire la part exacte dans ces cas entre la grossesse et la nécrobiose du fibrome comme facteur étiologique.

La fièvre est le plus fréquent et le plus facile à percevoir de tous les signes d'intoxication. Rarement importante, nous la voyons signalée deux fois à 39°. Plus souvent elle oscille autour de 38°. Elle est si légère qu'elle est presque toujours ignorée de la malade et doit être cherchée soigneusement. Elle ne traduit pas du tout une infection et rentre dans le cadre des fièvres aseptiques par résorption de produits toxiques.

Avec la fièvre, nous voyons signaler une série de signes d'auto-intoxication.

Les malades ont, en général, maigri quelquefois d'une façon assez considérable; le faciès est altéré, les traits tirés. Le teint jaunâtre caractéristique. La dyspepsie est assez souvent signalée accompagnée d'une perte complète des forces. Enfin, des crises de diarrhée. Ces phénomènes marchent en général de pair avec la fièvre; cinq fois néanmoins nous les avons vus signalés en l'absence de toute élévation thermique.

Mais ces accidents généraux sont loin d'être la règle. Soit la fièvre, soit les phénomènes d'intoxication, soit les deux réunis ne sont signalés que 17 fois sur 50 cas, soit dans le tiers des cas seulement.

Évolution. - Complications.

Nous avons vu que le plus souvent les premiers accidents dus à la nécrobiose des fibromes font leur apparition vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse, rarement plus tard.

En présence d'un syndrome net bien caractérisé, la question la plus importante à se poser est de se demander ce que deviendraient ce fibrome et cet utérus gravide abandonnés à eux-mêmes.

C'est, en effet, de la réponse que nous pourrions apporter à cette question que découleront toutes les indications opératoires.

Malheureusement les documents sur cette très importante question sont beaucoup plus rares que sur la séméiologie proprement dite car la plupart des cas ont été opérés sitôt reconnus, soit que le diagnostic ait été porté justement et que le chirurgien ait vu là une indication opératoire, soit, ce qui est le plus fréquent, qu'il y ait eu erreur de diagnostic ou tout au moins hésitation.

Des 50 cas que nous avons réunis, 27 ont été opérés immédiatement, 12 ont été mis en observation des temps variables généralement assez courts (3 seulement ont été plus longuement observés : 1, 2 et 3 mois) et opérés sur une indication pressante. D'autre part, nous avons pu réunir 11 observations dans lesquelles l'intervention n'avait eu lieu qu'à terme ou tout au moins après le septième mois, en un mot sur un fœtus viable.

C'est d'après ces 23 cas que nous allons essayer de nous faire une idée de l'évolution de cette affection et, par suite, de ce que l'on peut attendre de l'expectative.

Et d'abord, un premier point nous apparaît acquis. C'est que la nécrobiose du fibrome n'est pas incompatible avec la continuation de la grossesse. Ce fait est hors de doute.

Nous trouvons pour l'appuyer, d'abord quelques observations anciennes, les premières en date, de fibrome nécrobiosé pendant la grossesse, et dans lesquelles la mort est survenue après un accouchement à terme : on a trouvé à l'autopsie des lésions de nécrobiose secondairement infectée.

Beaucoup plus probantes à ce sujet sont les neuf observations n^{os} 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49 et 50 (les observations 42 et 43 étant celles d'accouchements prématurés à 6 mois 1/2 et 7 mois 1/2) que nous avons rassemblées. On a donc pu, dans 9 cas sur 23, attendre sans grand incident le terme de la gestation.

Comment se comportent les signes lorsque l'on n'intervient pas immédiatement :

a) La douleur est le phénomène sur lequel nous avons le plus d'influence. Nous avons déjà dit qu'elle était calmée par le repos. On n'obtient pas en général une disparition complète, la masse reste toujours sensible à l'examen; mais on arrive à obtenir assez facilement, si la malade consent au repos complet, une sédation suffisante pour permettre d'attendre. La douleur reste continue, sourde, il est rare qu'elle évolue par crises successives.

b) L'augmentation de volume de la tumeur, par contre, n'est influencée par aucun traitement. Tant qu'elle n'est pas gênante, en particulier si elle se développe dans l'abdomen, elle peut être supportée sans grand inconvénient, du moins si le cœur ne présente pas de lésions.

Mais il n'en va plus de même lorsqu'elle s'accompagne de troubles de compression; si ces troubles persistent, on n'a aucune action sur eux.

c) Il en va de même des phénomènes d'intoxication qui persistent. Il faut d'ailleurs se rappeler qu'ils sont loin d'être constants. Tout au plus pourra-t-on favoriser l'élimination de ces produits, mais on n'aura aucune action sur leur production. S'ils sont peu intenses, ils peuvent néan-

moins être supportés pendant les quatre ou cinq mois nécessaires sans trop d'inconvénients. Mais, lorsqu'ils deviennent intenses, ils constituent une des plus graves et des plus fréquentes complications.

Quant au fœtus, si la malade a réussi à mener sa grossesse à terme, il naît en général en bonne santé et il semble que l'altération du fibrome n'ait pas eu d'influence sur lui ; pourtant, l'état d'intoxication de la mère aurait pu troubler un peu sa nutrition.

Nous relevons à la naissance les poids de :

4 kil. 540, enfant du sexe féminin (obs. 49) ;

4 kil., enfant du sexe masculin (obs. 40) ;

3 kil. 950 (obs. 47) ;

3 kil. 650, la mère ayant des signes nets de nécrobiose depuis un mois (obs. 50) ;

3 kil. 080, enfant du sexe masculin (obs. 45) ;

3 kil. (obs. 48) ;

dans les 6 cas où ils sont signalés. Nous voyons donc que dans l'ensemble ils sont satisfaisants. Mais il faut noter que dans les 9 cas où l'on a atteint le terme de la grossesse les signes de nécrobiose étaient en général très discrets à tel point que le diagnostic n'avait pas souvent été porté, et il est difficile de dire, dans ces conditions, à quelle époque, la nécrobiose a commencé. Dans deux cas seulement (obs. 40 et 47) la grossesse a continué jusqu'au terme malgré des accidents sérieux.

Dans un cas nous voyons signaler une menace d'avortement par hémorragie, arrêtée assez vite. Mais ces cas heureux ne sont pas la majorité ; dans 14 cas l'opération a dû être pratiquée avant le terme de la grossesse, 9 fois assez rapidement, 2 fois cependant on avait un enfant viable mais qui n'a pas vécu.

Quelles ont été les indications de ces opérations ?

Le mauvais état général est signalé trois fois, et les chirurgiens n'ont osé, dans ces conditions, persister dans l'expectative.

Cette expectative leur paraissait d'autant plus dangereuse que le diagnostic demeurait hésitant ; une fois la grossesse n'avait pas été reconnue.

Dans trois autres cas c'est sur une erreur de diagnostic que la laparotomie fut décidée après avoir essayé d'attendre : une fois pour grossesse extra-utérine, une fois pour réaction péritonéale et une fois pour absence de diagnostic précis. Une autre fois la malade fut examinée en poussée de péritonite et opérée sitôt refroidie.

Dans un cas on est intervenu pour augmentation des symptômes. Enfin, deux fois c'est l'augmentation de volume trop considérable du fibrome qui a fait décider l'intervention : une fois le fibrome s'était enclavé dans le petit bassin dont il comprimait les organes, et une autre fois il déterminait de l'occlusion intestinale ; l'opération a montré que cette occlusion était due à l'adhérence de deux anses grêles sur le fibrome et à leur coudure à ce niveau. Une autre fois (obs. 22) on est intervenu pour menaces d'avortement que l'on n'arrivait pas à enrayer.

Dans les cinq cas où l'on est arrivé à observer assez longtemps la malade (obs. 3, 29, 35, 42 et 43), deux fois il s'est agi d'un avortement que l'on n'a pas pu arrêter. Cet avortement est dû le plus souvent à un décollement placentaire. Il doit être facilité par l'insertion vicieuse du placenta, très fréquente dans un utérus fibromateux : nous voyons, en effet, signaler assez souvent le placenta prævia dans les procès-verbaux opératoires des observations que nous avons réunies. Pour ces deux avortements on fit les deux fois une hystérectomie, une fois on se décida devant l'apparition de pertes abondantes et fétides chez une malade qui avait fait dix jours auparavant une phlegmatia alba dolens. Il ne s'agissait pas, comme on pourrait le croire, d'une infection du fibrome ; l'examen histologique et l'examen bactériologique ont prouvé qu'il s'agissait d'une nécrobiose simple aseptique. Mais il y avait eu décollement placentaire, une poche de liquide séro-sanguinolente s'était cons-

tituée dans cette zone de décollement et s'était infectée ; la culture y révéla du streptocoque.

Dans le troisième cas, on se décida à intervenir devant le mauvais état général et la crainte qu'il s'agisse d'une tumeur maligne des ovaires.

Dans le quatrième cas, on opéra pour augmentation des symptômes et, dans le cinquième, pour atteinte grave de l'état général.

En résumé, en ne tenant pas compte des interventions pour erreur de diagnostic, nous voyons qu'il peut survenir diverses complications empêchant la grossesse d'évoluer jusqu'à terme.

On peut toutefois penser que le nombre des grossesses à terme avec fibrome nécrobiosé est plus important que cette statistique ne le laisserait penser, car si toutes les observations d'intervention ont dû être publiées, il est fort possible que beaucoup de cas où les accidents ont été discrets et n'ont pas obligé à intervenir immédiatement n'ont pas été publiés.

Les premières de ces complications tiennent à l'exagération d'un symptôme le plus souvent des signes généraux, quelquefois aussi des compressions.

Puis viennent des poussées de péritonite plastique, des phlegmatia alba dolens assez fréquentes, pouvant modifier les indications opératoires, des avortements ou des accouchements prématurés.

L'infection du fibrome nécrobiosé est très rare ; nous avons trouvé deux cas (obs. 51 et 52) de fibrome atteint de sphacèle septique ; encore n'est-il pas prouvé que ces accidents avaient été précédés d'une phase de nécrobiose aseptique. Dans l'observation 29, le fibrome, quoique voisin d'une poche de pus à streptocoque, est resté aseptique.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude d'étudier ce que deviennent les fibromes nécrobiosés après l'accouchement.

Toutefois il sera indispensable, au moment de poser les indications opératoires, de savoir que si l'infection est exceptionnelle au cours de la grossesse, elle est presque de règle dès que l'utérus est vide. Ce fibrome infecté donne alors facilement une infection puerpérale qui emporte rapidement la malade si on ne supprime pas d'urgence le foyer infecté.

Formes cliniques.

Les différents symptômes que nous avons décrits peuvent se grouper de façon différente et donner des formes cliniques nombreuses mais, en somme, assez peu importantes.

Aussi serons-nous assez bref à ce sujet.

Il existe d'abord des formes frustes, si frustes même qu'elles peuvent aller à une latence complète. Quelques cas d'intervention au moment de l'accouchement pour fibrome dystocique ont été rapportés dans lesquels un examen histologique du fibrome a révélé sa nécrobiose alors qu'aucun signe pathologique n'était venu troubler l'évolution de la grossesse. Ainsi dans l'observation 41, où la malade fut suivie pendant toute sa grossesse.

Dans d'autres cas, le fibrome était reconnu pendant la grossesse, il était même un peu sensible à la palpation mais il n'a pas gêné l'évolution de la grossesse.

Ces cas doivent être connus pour faire mettre la femme enceinte qui les présente au repos et sous une surveillance médicale constante, afin d'éviter si possible l'apparition des complications.

A l'opposé on peut décrire des formes aiguës caractérisées par l'exagération d'un ou plusieurs symptômes :

1° Des formes péritonéales à début bruyant avec vomissements, défense musculaire, élévation importante de la température, météorisme abdominal. Ces phénomènes pouvant traduire de la péritonite plastique avec léger épanchement aseptique intra-péritonéal reconnu à la laparotomie ou bien ne s'accompagner d'aucune lésion péritonéale macroscopique ;

2° Des accidents de compression aiguë : rétention d'urine, occlusion intestinale ;

3° Des formes toxiques.

Nous ne décrivons pas de formes anatomo-pathologiques car nous avons limité cette étude aux cas de nécrobiose pure. Nous éliminons donc :

a) Les fibromes pédiculés sous-séreux atteints de torsion pédiculaire qui donnent une apoplexie du fibrome et dans lesquels les lésions de suffusion hémorragique que l'on rencontre résultent du blocage de la circulation veineuse ayant amené une hypertension veineuse et des ruptures vasculaires tandis que la nécrose est due à l'ischémie, à l'insuffisance de l'apport sanguin artériel ;

b) Les fibromyomes à marche galopante de la grossesse de Pozzi, dans lesquels les phénomènes pathologiques paraissent dus à une simple compression des organes sans que le processus de nécrobiose nous apparaisse démontré nettement.

Par contre, nous indiquerons des formes anatomiques malheureusement difficiles à différencier nettement à l'examen, mais extrêmement importantes au point de vue de la conduite à tenir :

a) Les fibromes sous-séreux pédiculés ;

b) Les fibromes intra muros, que nous subdiviserons suivant leur siège en :

1° Fibromes du segment inférieur, souvent enclavés et irréductibles et devant être envisagés à la fois du fait de leur nécrobiose et du fait de la dystocie qu'ils causeront au moment de l'accouchement ;

2° Fibromes du corps de l'utérus à développement abdominal.

Diagnostic.

Nous sommes frappés tout de suite, en compulsant les observations, du nombre de fois assez minime où le diagnostic avait été fait. Souvent la laparotomie a été décidée sur une erreur de diagnostic. Souvent aussi le diagnostic est resté hésitant jusqu'à l'intervention. Les symptômes pourtant nous ont paru assez nombreux; malheureusement aucun n'est absolument pathognomonique. Seul leur ensemble donnant la triade symptomatique de Bégouin a une grande valeur.

Il nous semble toutefois que cette affection a été méconnue parce que rare et qu'il y aurait lieu d'y penser plus souvent et d'en rechercher soigneusement les signes et leurs caractères propres au cours de toute grossesse anormale compliquée soit de phénomènes douloureux, soit d'augmentation trop rapide de l'abdomen.

Deux points sont à envisager dans le diagnostic positif de cette affection.

1° Il faut reconnaître la grossesse. Cela n'a pas toujours été fait. Plusieurs fois (4 fois sur 39 cas) on posa l'indication opératoire pour fibrome sans reconnaître la grossesse. Pourtant, nous avons noté combien sont exceptionnelles les métrorrhagies. Il y a là une différence nette avec les pertes que le fibrome avait pu causer, tout au moins avec les règles. Le fibrome se nécrobiose souvent avant que les bruits du cœur fœtal soient perceptibles. Il ne faudra donc pas compter sur ce signe.

Là comme dans toute affection gynécologique chez une femme en période d'activité génitale, il faudra toujours penser à la grossesse, savoir être prudent, au besoin attendre et revoir la malade quelque temps après, mais s'abstenir de toute manœuvre intempestive telle qu'un cathé-

térisme de la cavité utérine, comme cela a été signalé dans l'observation 27.

2° Il faudra ensuite reconnaître la nécrobiose du fibrome :

a) Il peut s'agir d'une malade connue déjà du médecin et chez laquelle la présence d'un fibrome était connue. Là les difficultés sont bien moindres car vu la grossesse et les douleurs on pensera au bon diagnostic ;

b) Mais le plus souvent nous nous trouvons en présence d'une malade que nous ne connaissons pas. Quelquefois, mais pas toujours, ses antécédents seulement peuvent nous faire soupçonner la présence d'un fibrome.

C'est d'après les signes actuels qu'il faudra reconnaître le fibrome et sa nécrobiose. Il faut pour cela reconnaître la triade symptomatique :

La douleur, atténuée par le repos, n'a pas complètement disparue et n'est pas influencée par la glace comme dans les pelvi-péritonites ou appendicites ;

L'augmentation de volume, à laquelle on n'a pas pris garde au début, la rapportant à la grossesse, se révèle bientôt par sa disproportion avec l'âge présumé de la grossesse : en même temps on sent une partie de l'utérus se ramollir.

Enfin la température, prise systématiquement, oscille au-dessus de 37°.

On a alors de grandes chances de se trouver en présence d'un fibrome nécrobiosé.

Il faudra toutefois éliminer de nombreuses hypothèses qui se seront présentées à l'esprit.

A) L'intensité des phénomènes généraux jointe à la rapide augmentation de volume peut faire penser à une tumeur maligne de l'ovaire ou de l'utérus. Mais, dans ce cas, il n'y a pas de température. Dans une observation, le diagnostic fut fait par la perception de contractions dans

la tumeur, simultanées aux contractions de l'utérus gravid.

B) D'autres fois, l'attention est attirée par les phénomènes pelvi-péritonéaux. On pense alors à un kyste de l'ovaire tordu, à une salpingite, une appendicite, à une grossesse extra-utérine. Dans les formes aiguës avec fièvre élevée, douleur très vive, l'examen est difficile, le diagnostic presque impossible, quelquefois on a dû avoir recours à l'examen sous anesthésie. Dans les formes ordinaires, un examen bien conduit devrait montrer que la masse pathologique, même si elle est pédiculée, a conservé une dépendance avec l'utérus bien plus grande que dans une affection de l'ovaire.

Enfin, chacune de ces affections a des signes cliniques propres qu'il faudra rechercher et dont l'absence nous mettra sur la voie du vrai diagnostic.

Le diagnostic différentiel avec la grossesse extra-utérine est un des plus délicats. Il faudra rechercher les petits signes hémorragiques, états syncopaux, lypothimies, rapidité du pouls, pâleur, diminution du nombre des hématies et absence de fièvre qui caractérisent la grossesse extra-utérine. Si l'on craint un épanchement sanguin rétro-utérin, il nous semble contre-indiqué de pratiquer une ponction exploratrice du Douglas : en cas d'erreur, en effet, on ponctionnerait le fibrome nécrobiosé et ramolli et, malgré toutes les précautions aseptiques prises, son infection consécutive serait à peu près fatale.

On pourra également se trouver en présence d'un fibrome gravidique ramolli, considérablement augmenté de volume mais non sphacélé. Ce seront l'absence de douleur provoquée à son niveau et des signes de toxémie qui nous feront éliminer l'hypothèse d'une nécrobiose.

Enfin, il faudra tâcher de préciser, par l'examen de la malade, à quelle forme anatomique on a à faire.

Il ne faut évidemment pas trop demander à cet examen et l'on aura souvent des déboires à la laparotomie à ce

sujet : ainsi Turner (obs. 44) opéra parce qu'il avait cru sentir un pédicule qui n'existait pas, et il dut refermer l'abdomen, la myomectomie étant impossible.

Il est pourtant du plus haut intérêt de savoir s'il s'agit d'un fibrome pédiculé ou non.

On remarquera aussi soigneusement son siège sur le fond ou sur le segment inférieur, sa tendance à gagner l'abdomen ou à s'enclaver dans le petit bassin où il donnera des compressions ; enfin, dans ce dernier cas, sa réductibilité.

Une autre question se pose, c'est celle de l'asepsie ou de l'infection du fibrome dégénéré. Même après laparotomie, même la pièce en mains et coupée par un aide, il est presque impossible de répondre à cette question, et nous voyons Chavannaz, dans le doute, pratiquer une hystérectomie après avoir enlevé le myome.

Il nous semble qu'il vaut mieux se fier à l'asepsie presque constante de ces fibromes nécrosés pendant la grossesse et aux présomptions que donne l'histoire clinique, plutôt que de chercher une confirmation de cette asepsie dans l'examen macroscopique de la pièce.

Nous n'avons trouvé que deux cas, dans la littérature, où l'infection avait dû débiter avant l'accouchement ou l'avortement contre 50 fibromes aseptiques.

Et bien que cela paraisse sortir de notre étude, nous publions à la fin de ce travail ces deux observations (obs. 51 et 52) pour bien montrer combien, dans ces cas, le tableau clinique dramatique diffère de celui que nous avons décrit dans les fibromes nécrosés simples : le début est brutal, la fièvre monte immédiatement à 40° avec de grands frissons, il y a des hémorragies, des pertes fétides ; la malade présente l'aspect d'une grande infectée. L'avortement se produit rapidement.

Pronostic.

Le pronostic des fibromes nécrobiosés (en dehors de la grossesse) est bon en général, a dit Bégouin, car il s'agit d'une tumeur aseptique et, du fait des accidents, l'intervention n'est plus différée.

On voit donc que le pronostic dépend avant tout de la précocité de l'intervention. Or, chez la femme enceinte, on peut être conduit, du fait de la présence du fœtus, à différer l'intervention.

Il y a donc lieu de considérer :

1° Les opérations immédiates dont nous verrons les résultats après avoir étudié leurs différentes indications ;

2° L'expectative jusqu'à ce que le fœtus soit viable, suivie d'une intervention à ce moment.

Il s'agit là d'une affection sérieuse qui peut donner à tous moments des complications que nous avons étudiées, fatales pour le fœtus, graves pour la mère ;

3° Enfin, abandonnés complètement à eux-mêmes, ces fibromes nécrobiosés sont d'abord une dystocie sérieuse au moment de l'accouchement; même s'ils ne sont pas prævia, le travail se fait mal. Ils constituent surtout une menace très grave après l'accouchement du fait de leur infection si fréquente à ce moment.

En résumé, une thérapeutique active doit être instaurée si l'on veut modifier un pronostic sombre par lui-même. Comme d'ailleurs cette thérapeutique est actuellement toujours employée, il s'en suit que nous verrons le vrai pronostic de cette affection, tant pour la mère que pour l'enfant, en étudiant le résultat des diverses méthodes employées.

Indications opératoires.

Les discussions sur les interventions à appliquer en cas de fibromes nécrobiosés pendant la grossesse sont assez rares dans la littérature médicale.

On peut signaler la discussion qui suivit la communication de Turner à la Royal Society of Medicine (1909), le Mémoire de Chavannaz au Congrès Français de Chirurgie en 1919, l'article de Brindeau (1923) et celui de Bland, de Philadelphie (1925).

Le plus souvent on s'est contenté d'appliquer à la femme enceinte les mêmes règles qu'à la femme ordinaire.

Bégouin (*Paris Médical*, 17 juin 1922), après avoir rappelé que le pronostic des fibromes nécrobiosés est bon du fait que l'intervention n'est pas différée, a écrit :

« La myomectomie a suffi dans quelques faits très exceptionnels de fibromes sous-péritonéaux; l'asepsie du nodule nécrobiosé l'autorise, mais c'est à l'hystérectomie qu'il faudra presque toujours recourir. La grossesse, pendant laquelle le sphacèle et la suppuration du fibrome semblent plus fréquents, ne modifie pas ces règles et ne justifie pas un retard à l'intervention. Si le fœtus était viable, on ferait seulement précéder l'hystérectomie d'une césarienne ».

Si l'on appliquait cette directive à la lettre, ce serait donc sacrifier systématiquement le fœtus dans tous les cas où les accidents pathologiques apparaissent avant qu'il soit viable (et c'est, avons-nous vu, le cas à peu près constant).

Déjà quelques voix s'étaient élevées pour protester contre une thérapeutique aussi radicale. Chavannaz, en 1919, a écrit : « Très souvent, trop souvent peut être, l'enfant a été sacrifié de parti-pris ».

Il s'agit d'ailleurs, le plus souvent, de primipares âgées, soit de femmes restées longtemps stériles, soit mariées tard;

souvent elles désirent vivement un enfant et répugnent à l'hystérectomie qui interrompra la grossesse actuelle et en interdira d'autres par la suite; elles sont prêtes à s'immobiliser et même à courir certains risques dans l'espoir de mener à terme cette grossesse tardive.

Nous sommes donc naturellement conduits à nous demander, en nous aidant de la lecture des observations publiées, s'il n'y a pas un moyen de concilier les intérêts de la mère et de l'enfant.

Passons d'abord en revue les méthodes thérapeutiques utilisées ; bien entendu nous ne nous occupons que des cas vus avant le septième mois, lorsque le fœtus n'est pas viable.

Avant le développement de la chirurgie abdominale on a eu recours à des procédés obstétricaux : l'avortement provoqué. Celui-ci, outre la destruction du fœtus, avait le gros inconvénient de provoquer très souvent l'infection du fibrome ou des hémorragies graves. On pouvait, il est vrai, pratiquer les jours suivants une myomectomie par voie vaginale (obs. 51). Néanmoins, la mortalité maternelle était très élevée et, même si la malade échappait à ces accidents immédiats, elle restait porteuse d'un fibrome nécrobiosé qui réclamait impérieusement une intervention. Aussi cette méthode est actuellement complètement abandonnée. Elle ne pouvait être indiquée que chez une malade refusant absolument la laparotomie, comme dans l'observation 52 (et dans ce cas l'hystérectomie dût être pratiquée quelques jours après).

Nous n'avons rappelé cette méthode que pour mémoire.

Il n'y a actuellement que deux méthodes en présence :

1° L'intervention systématique, et celle-ci peut être de deux natures : myomectomie ou hystérectomie ;

2° L'expectative jusqu'à ce que le fœtus soit à terme ou tout au moins viable. Nous n'envisagerons cette méthode

qu'en son début et ne discuterons que plus tard les problèmes qu'elle pose quand elle a pu être appliquée jusqu'au terme de la grossesse.

Donc, en somme, trois façons de faire.

1° L'hystérectomie systématique. — Vis-à-vis de la mère elle est en général bénigne, aucune mort n'est signalée dans nos observations. Actuellement, on pratiquera généralement une hystérectomie subtotale plutôt qu'une totale plus longue, plus difficile, plus traumatisante et moins aseptique.

Mais nous avons voulu éviter la suppression systématique du fœtus. Nous réserverons donc cette opération aux grandes multipares ou aux malades ayant un très mauvais état général, ou bien encore lorsque la myomectomie sera contre-indiquée par la présence de fibromes multiples. Voyons ce que peuvent nous donner dans les autres cas, et pour la mère et pour l'enfant, les deux autres méthodes qui, toutes deux, laissent un espoir de voir mener la grossesse à terme.

2° La myomectomie. — Nous la voyons pratiquée 25 fois contre 14 hystérectomies. Deux fois cette myomectomie a été double.

Comme résultat, nous trouvons :

Mortalité maternelle.....	3
Résultat inconnu.....	1
Guérison	21

Soit 3 cas de mort sur 24 résultats connus : 12,5 %. C'est évidemment un chiffre assez gros comparé aux bons résultats de l'hystérectomie.

Voyons de plus près ces trois cas de mort :

Dans l'observation n° 3, il s'agit d'un cas ancien (1902) chez une femme ayant un très mauvais état général, ayant fait des accidents d'hémiplégie. De plus, on est intervenu la main forcée après deux mois d'expectative.

Dans l'observation n° 19 plus récente (1910), on est intervenu immédiatement. La malade est morte de péritonite avec ileus paralytique malgré tout ce que l'on a pu faire : incisions de drainage, tamponnement du petit bassin et entérostomie.

Enfin, dans l'observation n° 28, récente celle-là (1922), on opéra également immédiatement et la malade mourut d'accidents pulmonaires.

En somme, deux cas de mort dus nettement à la myomectomie et qu'il avait été impossible de prévoir. On ne trouve dans ces deux observations aucune contre-indication à cette opération. Nous retiendrons donc que la myomectomie comporte certains dangers pour la mère, et qu'avant de la décider il faudra être sûr que la malade ne présente aucune prédisposition aux complications : en particulier en cas de phlébite ou de menaces de phlébite il vaudra mieux attendre (obs. 40).

Quant au fœtus, nous trouvons dans les 21 cas de guérison qui nous restent :

Résultats inconnus : 6 (où il est fait mention que la grossesse continue lorsque la malade quitte l'hôpital sans renseignements sur la date de l'accouchement) ;

Avortements : 2.

Accouchements prématurés : 2 (à 7 m. 1/2 et à 8 m. 1/2) ;

Accouchements à terme : 11.

Les deux accouchements prématurés ont donné un fœtus viable dans les deux cas (dans un cas il pesait 2 kgs 700).

Il est signalé dans une observation des menaces d'avortement au cours de la grossesse que l'on a réussi assez difficilement à arrêter.

Quant à l'accouchement à terme, on manque en général de renseignements à son sujet. Il n'en est fait mention que dans trois cas, et l'on note un accouchement naturel et deux interventions par forceps, les deux fois dans l'excavation pour lenteur du travail et signes d'épuisement de la

malade. Donc probablement un peu de paresse utérine, fait d'ailleurs signalé dans les myomectomies au cours de la grossesses pratiquées sur d'autres indications.

Rares également sont les renseignements sur l'état de l'enfant à la naissance.

Quatre fois il en est fait mention, deux fois il est dit que l'enfant était vigoureux, deux fois on donne son poids (3 kgs et 4 kgs). Il semble donc que la myomectomie n'ait pas entravé son développement.

D'ailleurs, si les myomectomies pour nécrobiose sont trop rares pour prêter à une statistique d'ensemble, il convient de noter que les résultats des myomectomies en général pendant la grossesse se sont sensiblement améliorés ces dernières années. L'avortement post-opératoire est devenu de moins en moins fréquent. C'est ainsi que récemment Gaudier et Bonneville, en 1927, ont opéré au quatrième mois de sa grossesse une malade pour fibrome prævia douloureux. Au cours de la myomectomie, ils ont ouvert l'œuf et ont déterminé un écoulement de liquide amniotique. Néanmoins, la grossesse s'est prolongée jusqu'au septième mois, où elle s'est terminée par un accouchement prématuré avec enfant de 1 kg. 650 mort pendant le travail.

Il faut d'autre part tenir compte de l'âge de la grossesse, l'avortement étant d'autant plus rare que l'on intervient à un moment plus précoce de la grossesse. C'est ainsi que Denis trouve :

27 myomectomies au 3 ^e mois avec 2 avortements.				
26	—	4 ^e mois	—	3
20	—	5 ^e mois	—	4

Cherchant maintenant à savoir dans quelles conditions la myomectomie a été pratiquée dans nos cas, nous voyons que sur ces 25 cas il s'agissait :

- 15 fois de fibrome pédiculé unique,
- 1 fois de deux fibromes pédiculés,
- 8 fois d'un fibrome intra muros unique,
- 1 fois de deux fibromes intra muros.

Il y a lieu de noter que deux morts sur trois (et les deux récentes) sont survenues à la suite d'une intervention pour fibromes intra muros. Les deux accouchements prématurés ainsi que le cas où des menaces d'avortement sont signalées pendant la grossesse sont tous survenus dans des cas de fibromes intra muros. On a reproché à la myomectomie de laisser la possibilité de récurrence du fibrome. Cela est assez rare : 1 % des cas d'après la statistique de Drivet.

Rappelons au sujet de la myomectomie le problème posé par Chavannaz en 1910.

Celui-ci venait de pratiquer une myomectomie laissant une brèche très profonde mais qu'il jugeait néanmoins réparable, et se décida à pratiquer une hystérectomie car il fit faire par un aide une coupe du fibrome qu'il venait d'enlever et celui-ci lui apparut violacé et lui fit craindre un sphacèle septique. Dans ces conditions, il n'osa persister dans le traitement conservateur. Or, ce diagnostic macroscopique est à peu près impossible. Il faudra se guider uniquement sur les signes cliniques présentés par la malade avant l'intervention pour juger de la non-infection du fibrome.

Il faut ajouter enfin au bénéfice de la myomectomie que l'on trouve plusieurs observations de cette opération pratiquée sur des fibromes nécrobiosés, ayant permis une grossesse ultérieure avec accouchement naturel. Les cas ne se comptent plus lorsqu'il s'agit de fibromes simples. De plus, la malade évite les ennuis de la castration.

3° Nous avons déjà vu, en étudiant l'évolution et les complications des fibromes nécrobiosés, les nombreux accidents qui grèvent la méthode expectative.

Nous avons pu la suivre dans 22 cas (une autre fois la malade avait été vue au moment de l'accouchement pour la première fois, soit les 23 cas déjà étudiés) :

12 fois elle échoua ;

2 fois elle donna un accouchement prématuré (6 mois 1/2

et 7 mois 1/2) avec mort de l'enfant et guérison de la mère dans les deux cas) ;

8 fois elle donna un enfant à terme.

Dans ces 8 cas et celui où la malade fut vue à terme pour la première fois, nous avons :

9 guérisons maternelles,
9 enfants vivants.

Les 12 cas où elle échoua ont été opérés par myomectomie ou hystérectomie.

1° 5 myomectomies avec :

1 mort maternelle dont l'expectative nous paraît
au moins aussi responsable que la myomec-
tomie ;

4 guérisons maternelles avec :

1 avortement,
2 accouchements prématurés à 8 mois 1/2 et
7 mois 1/2,
1 accouchement à terme.

2° 7 hystérectomies avec 7 guérisons.

D'autre part, Bland nous cite une statistique de Schiller avec une mort dans laquelle l'expectative fut poussée jusqu'au bout. (Des cas analogues se sont produits autrefois alors que les interventions étaient rares; nous ne les avons pas recueillis car la description des pièces n'était pas faite.) Cette méthode n'est donc pas inoffensive pour la mère. D'ailleurs, si elle réussit, le fœtus court, du fait de la dystocie, de grands dangers au moment de l'accouchement si la malade est loin d'un centre chirurgical et n'est pas opérée par césarienne d'urgence.

Lorsqu'elle échoue, elle semble aggraver sensiblement le pronostic de la myomectomie pour la mère et surtout pour le fœtus.

Mais, surtout, il faut noter que probablement du fait de

l'échec de cette thérapeutique les opérateurs ont été conduits à pratiquer un nombre très important d'hystérectomies : 7 sur 12 cas, contre 7 sur 27 cas opérés immédiatement.

Il est vrai que ces chiffres peuvent peut être donner une idée fausse de la question, car si tous les cas de myomectomie ont dû être publiés, il est probable que tous les cas où l'expectative avait réussi ne l'ont pas été. Il ne faudrait probablement pas croire qu'elle n'a donné que 9 succès en 28 ans (1900-1928).

Nous avons dit que les progrès de la technique opératoire amélioreraient le résultat de la myomectomie. En est-il de même pour la méthode expectative ?

Parmis les causes qui ont forcé la main aux opérateurs et fait échouer la méthode, la plus fréquente a été l'erreur de diagnostic, ou tout au moins l'hésitation. La connaissance plus précise de la séméiologie de cette affection devrait faire diminuer ces cas.

La seconde cause est le mauvais état général contre lequel nous sommes à peu près désarmés ; on essayera de favoriser l'élimination des toxiques par des cures de diurèse ; surtout on s'inquiètera moins de ces signes si l'on est absolument sûr de son diagnostic. Contre les compressions nous ne disposons d'aucune thérapeutique. Enfin, si on arrive souvent à arrêter les menaces d'avortement avec de l'opium, il est des cas où toute thérapeutique est impuissante dans ce cas.

En somme, peu d'espoirs d'améliorer les résultats de cette conduite.

L'expectative apparaît donc nettement inférieure à la myomectomie quant à ses résultats, mais si nous nous sommes néanmoins étendus assez longuement à son sujet, c'est que la séparation que nous avons faite entre l'hystérectomie et la myomectomie est un peu artificielle : on fait l'hystérectomie, en effet, systématiquement ou parce que,

après laparotomie, on s'aperçoit que la myomectomie est impossible.

Il est assez difficile de prévoir à l'avance, lorsque l'on pratiquera une laparotomie, quel genre d'opération on pourra effectuer. Evidemment les fibromes pédiculés s'opèrent en général par myomectomie ; nous n'avons trouvé qu'un cas où, malgré la présence d'un pédicule long de 8 à 10 centimètres sur 2 centimètres d'épaisseur, il fut pratiqué une hystérectomie sur une jeune femme de 20 ans au troisième mois de sa grossesse (obs. 25). Mais le diagnostic pré-opératoire de la forme du fibrome réservera bien des surprises à ceux qui auront l'audace de le faire sûrement. Evidemment il y a là une question de technique opératoire qui doit aller en se perfectionnant. La myomectomie n'est presque jamais absolument impossible, elle est plus ou moins difficile et on craint l'avortement dans les cas où elle est difficile. Or, on doit être encouragé dans la voie des myomectomies difficiles par les heureux résultats contemporains, en particulier le cas de Gandier et Bonneville, dont nous avons déjà parlé. Un chirurgien consciencieux ne doit opérer une telle malade que s'il est capable de faire une myomectomie difficile. D'ailleurs, on doit savoir, et nous insistons sur ce point, que même si l'on a eu un avortement la malade a gardé le bénéfice de sa fonction menstruelle, l'absence de troubles dus à la castration opératoire et la possibilité de grossesses ultérieures, en un mot « sa capacité maternelle » (Charrier).

Il ne faut pas que la crainte de l'avortement serve d'excuse au chirurgien maladroit incapable de faire une myomectomie.

Mais il ne faut pas oublier non plus que c'est avec les fibromes sessiles que l'on a eu presque tous les échecs. Il faudra savoir apprécier les contre-indications de cette opération dans l'état général de la malade, en dehors des difficultés immédiates.

Si l'on pouvait à l'avance faire avec quelques chances de

succès le diagnostic de la forme de fibrome à laquelle on a affaire, une formule bien simple serait en somme la conclusion de cette étude :

Fibrome pédiculé : myomectomie ;

Fibrome sessile : expectative, à moins d'indications précises.

Mais les surprises sont fréquentes à la laparotomie et, dans un cas semblable, Turner employa, une seule fois d'ailleurs, une conduite particulière, depuis universellement condamnée.

Cet auteur ayant porté le diagnostic de fibromyome pédiculé chez une femme enceinte de deux mois, voulut l'enlever. Il tomba sur un fibrome largement implanté sur l'utérus. Il referma le ventre et laissa la grossesse se poursuivre jusqu'à terme. Evidemment il ne saurait être question de pratiquer systématiquement une laparotomie pour constater la forme anatomique du fibrome. Mais peut-on condamner sans recours une méthode qui conseille, lorsque l'abdomen a été ouvert sur une erreur de diagnostic, de refermer après avoir reconnu un fibrome nécrosé intra muros très difficile à enlever, plutôt que de faire une hystérectomie même s'il n'y a pas de signes la réclamant absolument. Il nous semble un peu prématuré de condamner une méthode qui n'a qu'un seul cas pour la juger, d'autant plus que ce cas a été un double succès pour la mère et pour l'enfant.

Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients et il nous paraît impossible de conclure ferme en faveur d'une d'elles. Il faudra être éclectique et adapter la façon de faire à chaque cas. Mais nous tenons dès le début à insister sur le fait que la myomectomie faite systématiquement dans les cas difficiles à la place de l'hystérectomie et laissant, en cas d'avortement, la capacité maternelle, enlève un gros argument à la méthode expectative et doit rendre interventionniste.

Parmi les auteurs qui ont étudié la question, nous voyons deux tendances se préciser :

1° Les uns (Bégouin) préfèrent les bons résultats de l'hystérectomie pour la mère et sacrifient le fœtus ;

2° Ceux, au contraire, qui veulent sauver l'enfant, s'adressent en général au traitement expectatif.

Tels sont Brindeau, dont l'élève Leroux a donné comme conclusion à sa thèse :

« Sauf cas d'urgence rares et qui forcent la main à l'accoucheur, on n'interviendra par laparotomie que lorsque après avoir suivi la malade on se rendra compte d'une aggravation manifeste des symptômes et que l'on aura lieu de craindre une issue grave soit pour le fœtus, soit pour la mère ».

Les auteurs américains sont à peu près du même avis. Ainsi Bland (de Philadelphie) a écrit dans le *Chicago Surgery* (1925) : « L'intervention n'est pas obligatoire, on ne doit intervenir qu'avec des indications nettes. Dans la plupart des cas l'expectative doit être employée ».

La myomectomie, au contraire, a été moins défendue, du moins comme méthode systématique. Rappelons néanmoins l'éloquent plaidoyer de Charrier en 1914.

Mais Brindeau et Bland, pour justifier leur conduite, auraient dû nous dire :

1° Combien de fois l'expectative avait réussi et combien de fois elle avait échoué ;

2° Dans les cas où elle a échoué, si elle n'a pas aggravé le pronostic de l'intervention.

Or, nous n'avons trouvé aucune statistique de ce genre. Sans dire, avec Lecène, « qu'il faut absolument intervenir par myomectomie ou hystérectomie car l'infection secondaire n'est pas rare et prend facilement un type gangréneux sérieux », nous avons déjà démontré que l'attente

échoue très souvent (3 fois sur 5) et qu'elle aggrave le pronostic de l'intervention surtout pour le fœtus, conduisant très souvent à l'hystérectomie. Or, c'est une loi de chirurgie générale que l'on doit intervenir avant que des symptômes dont on prévoit l'entrée en scène aient rendu le terrain tout à fait mauvais. Il n'y a aucune raison de ne pas appliquer cette loi à ce cas particulier. La prépondérance de plus en plus grande de la myomectomie sur l'hystérectomie enlève d'ailleurs aux abstentionnistes leur principal argument : le salut de l'enfant.

Nous allons aborder les différents cas cliniques qui peuvent se présenter et voir dans chacun d'eux qu'elle est la meilleure conduite.

Il nous paraît d'abord nécessaire de mentionner que toute tentative de traitement conservateur (myomectomie ou expectative) ne doit être entreprise, si l'on veut avoir quelques chances de succès, que sur le désir formel de la malade de voir sa grossesse menée à terme. Les risques d'avortement naturel nous semblent trop grands dans ces cas pour essayer le traitement contre la volonté de la malade ; il faut en outre qu'elle n'ait pas besoin de travailler de peine et puisse se reposer le reste de sa grossesse. Sinon, c'est courir à un échec certain. Témoin notre observation n° 1.

Nous garderons donc l'hystérectomie pour ces cas. Nous la pratiquerons également par mesure de prudence pour la mère chez les grandes multipares ; enfin, dans les cas où les deux autres méthodes seront contre-indiquées : lorsque l'expectative aura échoué et que, craignant un début d'infection, nous n'oserons pratiquer une myomectomie (dans ces cas nous ferons une hystérectomie et laisserons un Mikulicz) ; dans les cas aigus dont nous allons parler ; enfin lorsque l'on tombera sur une fibromatose généralisée de l'utérus qui interdira la myomectomie.

Dans les autres cas, nous essayerons de sauver le fœtus.

Nous étudierons successivement : les cas aigus ; les cas ordinaires, que nous subdiviserons en cas où le diagnostic est ferme et en cas où le diagnostic est hésitant.

Dans les formes aiguës, graves, la plupart des auteurs sont d'accord pour intervenir. Il s'agit dans ces cas des indications impérieuses dont parle Bland. Il faut donc pratiquer la laparotomie le plus tôt possible. Dans ces formes rentrent les cas avec occlusion intestinale, rétention d'urine, intoxication grave, et très souvent on préférera l'hystérectomie.

Nous ne faisons pas rentrer dans cette liste les cas avec réaction péritonéale ou phlébite. Quoique ces cas paraissent sérieux, ils nous semblent néanmoins contre-indiquer une intervention immédiate qui serait toujours grave.

On mettra la malade au repos avec de la glace sur le ventre et on attendra le refroidissement des lésions. Si l'avortement se produit, il vaudra mieux intervenir immédiatement pour prévenir l'infection post abortum. Sinon, faudra-t-il intervenir le refroidissement obtenu ? Cela a été fait dans l'observation 14 et sans nous paraître indispensable (car dans ces cas on recourt souvent à l'hystérectomie) cette conduite est plus prudente ; d'ailleurs, la réaction péritonéale ne contre-indique pas la myomectomie ; s'il s'agit d'une femme jeune ou d'une primipare dont l'état général se remonte, on pourra essayer d'attendre le terme de la grossesse (obs. 40).

Pour ce qui est des cas chroniques :

1° Lorsque le diagnostic est ferme, par exemple lorsque la malade avait été examinée avant sa grossesse et que l'on avait porté le diagnostic de fibrome, ou bien lorsque le syndrome est net, on a, du fait de cette certitude, un élément de tranquillité pour conseiller l'expectative jusqu'au terme de la grossesse.

Mais cette règle est loin d'être absolue. Il faudra considérer chaque cas particulier.

D'abord l'âge de la grossesse. On aura d'autant plus de chances de réussir que les accidents apparaîtront plus près du terme.

Au contraire les chances d'avortement sont moins grandes dans une myomectomie faite au début de la grossesse. Aussi, jusqu'au cinquième mois, serons-nous enclins à opérer systématiquement.

D'autre part, il faudra considérer les symptômes présentés par la malade : si la douleur prédomine, on la calmera par le repos absolu ; on pourra attendre de même si la masse, tout en augmentant considérablement de volume, se développe dans l'abdomen, cas où elle pourra être assez bien tolérée.

Au contraire, si la tumeur reste enclavée dans le petit bassin et comprime les organes pelviens, on sera obligé d'intervenir. D'ailleurs, en cas de tumeur pelvienne, il faudra se hâter d'opérer, car l'opération est difficile et presque toujours indispensable. En opérant au début de la grossesse, on aura le maximum de chances de réussir la myomectomie.

Si on sent nettement la tumeur distincte de l'utérus et unie à lui par un pédicule douloureux et perceptible, ou si les phénomènes toxiques sont profonds, il y aura encore d'impérieuses indications d'opérer.

Il va sans dire que l'expectative ne doit être décidée qu'après s'être assuré du parfait fonctionnement du cœur et des reins. Sinon, on interviendrait avec les précautions nécessaires.

Si on a décidé d'attendre il faudra évidemment ne pas trop s'entêter et savoir recourir à l'intervention dès qu'elle s'imposera, surtout si les signes généraux s'aggravent. Mais il ne faudra pas non plus se décourager trop tôt, en particulier s'il y a de sérieuses menaces d'avortement, des douleurs violentes, on pourra avec de la patience atteindre contre tout espoir le terme de la grossesse (ainsi dans l'observation 40).

2° Lorsque l'on hésite sur le diagnostic, l'expectative apparaît beaucoup plus dangereuse, voire même absolument contre-indiquée. Le doute doit bénéficier à la mère. On ne doit pas, pour une grossesse hypothétique, lui faire courir les risques de laisser développer une tumeur maligne.

Evidemment en présence d'accidents douloureux pelviens, l'appendicite étant éliminée, on attendra en général et on essayera de refroidir la lésion. On pourra profiter de ce répit pour confirmer son diagnostic, au moins pour reconnaître la grossesse. Tant qu'il n'y aura pas d'autres signes, on attendra sans faire courir un trop grand danger à sa malade. On opérera, le diagnostic posé, à moins que l'on ait dépassé le cinquième mois.

Mais dans tous les autres cas, si l'on n'est pas sûr de son diagnostic, il ne nous semble pas que l'on ait le droit d'attendre.

Si l'on voit l'abdomen de sa malade se développer avec une rapidité qui ne correspond pas avec l'âge de la grossesse et qui fait craindre une tumeur maligne, il faut intervenir sans retard.

De même si l'on se trouve en présence de troubles toxiques d'origine pelvienne sur la nature desquels on n'est pas exactement fixé, la laparotomie s'impose.

De même encore si l'on craint une grossesse ectopique.

Dans tous ces cas, où l'on commencera par une laparotomie exploratrice, on s'efforcera, le diagnostic fait, de pratiquer une myomectomie même si elle paraît difficile.

Enfin, si la laparotomie a été pratiquée sur une erreur de diagnostic, par exemple pour grossesse ectopique, et que l'on tombe sur un fibromyome profond, sessile, impossible à enlever par myomectomie, alors que cependant aucun signe alarmant ne réclame l'hystérectomie, nous ne voyons pas du tout pour quelles raisons nous ne pourrions imiter Turner et refermer l'abdomen pour attendre le terme de la grossesse.

S'il s'agit d'une primipare qui désire un enfant, cette conduite nous paraît tout-à-fait légitime.

Récemment (1925), nous voyons Ferré, de Pau (*in* thèse Denis, Bordeaux, 1925), adopter avec succès une conduite analogue pour un fibrome douloureux à augmentation rapide de volume et qu'il croyait pédiculé. Il pratiqua une laparotomie et, tombant sur un fibrome sessile, il jugea la myomectomie impossible et referma. La malade accoucha à 8 mois d'un enfant probablement hérédosyphilitique. Les suites de couches ont été normales ; un mois après la mère et l'enfant étaient bien portants. Nous n'avons pas fait état de cette observation, car tout examen de la pièce manquait pour affirmer le diagnostic de nécrobiose soupçonné seulement d'après l'histoire clinique. Il n'en reste pas moins que l'expectative a donné un enfant vivant. Mais ces cas doivent disparaître à mesure que les chirurgiens sauront pratiquer des myomectomies difficiles.

En résumé, malgré la thérapeutique employée, la nécrobiose des fibromes gravidiques reste donc une affection grave. Même bien traitée, elle met la vie de la mère en danger ((3 décès sur 50 cas). Quant au fœtus, il est très souvent sacrifié (19 enfants vivants) et l'hystérectomie, souvent nécessaire, interdit tout espoir de grossesses ultérieures.

Technique opératoire.

L'hystérectomie et la myomectomie chez la femme enceinte offrent quelques particularités qu'il convient de rapporter. Elles ont été étudiées, à ce point de vue, avec beaucoup de détails, par Charrier, dans son Mémoire à l'Académie de Médecine auquel nous empruntons la plupart des notions suivantes. Il n'y a rien de particulier à ajouter du fait de la nécrobiose, la tumeur étant aseptique on n'aura pas de précautions spéciales à prendre ni, en général, à drainer.

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale, en vase clos ou précédée de césarienne. On préférera la subtotale toutes les fois que la totale ne sera pas réclamée par le siège trop bas de la lésion. Il faudra se rappeler que le col est très ramolli et que le niveau de la section est très difficile à déterminer par la palpation ; on pourra s'aider en plaçant avant l'opération une pince vaginale qui repèrera le fond du cul-de-sac antérieur.

La ligature des trois pédicules est un peu différente du fait de la grosseur :

1° Le pédicule tubo-ovarien se trouve derrière l'utérus, à droite entre le cœcum et le bord externe du psoas, à gauche sensiblement plus bas, un peu au-dessus des vaisseaux iliaques. Il faudra donc, pour les pincer, soulever l'utérus, l'extérioriser et l'incliner successivement à droite et à gauche. A noter que l'artère est accompagnée de veines énormes qu'il ne faudra pas laisser échapper ;

2° Les pédicules utéro-inguinaux sont plus importants que l'on ne pense souvent et doivent être liés avec soin ;

3° Le pédicule utérin prend contact avec le bord de l'utérus, plus postérieurement à droite qu'à gauche. A noter que les branches cervico-vaginales naissent contre l'utérus

et non au niveau de la crosse comme chez la femme normale. On aura donc une bonne hémostase, même pour une totale, en liant au ras de l'utérus. Et il faudra profiter de cette circonstance pour ne pas léser l'uretère qui est englobé dans le confluent veineux utéro-vésico-vaginal et a été attiré par la traction sur l'utérus ; il pourrait être atteint par une pince placée au niveau de la crosse.

Nous ne parlerons pas de l'hystérectomie vaginale qui ne saurait être qu'une exception, au cas en particulier où la grossesse n'aurait pas été reconnue.

Pour la myomectomie, trois voies d'accès ont été décrites :

1° La voie vaginale ne s'applique qu'aux polypes dont nous n'avons pas fait l'étude dans ce travail ou aux fibromes sessiles du col. Elle peut exceptionnellement servir aux opérations post-partum ou post-abortionum ;

2° La voie trans-vaginale de Czerny, bien étudiée par Dartigue ; elle peut être trans-péritonéale ou simplement sous-péritonéale ; elle ne convient qu'à des fibromes petits et fortement proéminents dans les culs-de-sac ; c'est une voie d'exception aveugle, abandonnée aujourd'hui ;

3° La voie abdominale, la seule que nous étudierons. Il faut éviter les manœuvres pénibles qui traumatisent l'utérus. Aussi ferons-nous une longue incision, puis, après avoir libéré les adhérences s'il y en a, on extériorisera l'utérus en faisant sortir d'abord une corne, puis l'autre.

Récemment Cotte et Creyssel ont reproché à cette extériorisation de traumatiser l'utérus et de prédisposer à l'avortement ; ils conseillent de pratiquer la myomectomie dans l'abdomen ; ils n'ont pas été suivis en général. Gouilloud, en particulier, s'est élevé contre cette façon de faire : il fait remarquer qu'il vaut mieux extérioriser l'utérus une bonne fois que de lui faire subir toute une série de petits tiraillements inévitables si l'on opère dans l'abdomen.

L'opération est différente s'il s'agit d'un fibrome pédiculé ou d'un fibrome sessile.

a) Les fibromes pédiculés seront facilement enlevés. Il vaudra mieux sectionner le pédicule que chercher à énucléer sa base d'implantation. On fera les ligatures avant la section et, si le pédicule est gros, on aura recours aux ligatures en chaîne.

L'ablation des fibromes sessiles est beaucoup plus délicate. Si possible, on abordera le fibrome après avoir incisé l'utérus sur la ligne médiane : ainsi on aura une hémorragie moins forte. Il faudra sectionner lentement, couche par couche, pour trouver le bon plan de clivage qui existe toujours. On saisira alors le fibrome par une pince de Museux et on le dégagera avec les doigts, en rasant la surface du fibrome et en s'efforçant de ne pas pénétrer dans la cavité utérine.

Il faut ensuite faire une suture soignée de la paroi utérine par sutures étagées à points séparés de préférence. On assurera ainsi une hémostase généralement suffisante. On aurait pu, au préalable, lier les vaisseaux qui auraient saigné plus abondamment. Il ne doit rester aucun espace mort. Les sutures seront faites au catgut chromé. Si la surface continue à saigner, on emploiera l'épiplooplastie libre ou pédiculé ; on n'a jamais laissé de tamponnement à demeure. Le fibrome enlevé, on recherchera rapidement s'il n'y a pas d'autres noyaux, mais il ne faudra pas prolonger inutilement l'opération à enlever de petits noyaux insignifiants.

En cas de fibrome intra-ligamentaire, il faudra suivre le fibrome de très près et être encore plus prudent pour éviter la blessure des grosses veines.

L'exérèse des fibromes du segment inférieur est la plus délicate, car d'abord il faut travailler profondément et ensuite la paroi utérine est plus mince et on risque beaucoup de pénétrer dans la cavité utérine.

La suture de la paroi doit être très soignée ; on doit d'abord affronter soigneusement les différents plans par

des sutures étagées. On pourra ensuite renforcer si l'on veut par quelques points totaux.

Quelques complications peuvent se produire pendant l'opération ou dans les suites opératoires :

1° L'hémorragie difficile à arrêter : elle est due, en général, à une faute opératoire, l'opérateur n'ayant pas su trouver le bon plan de clivage. Il est rare que l'on n'arrive pas à s'en rendre maître par les moyens précédemment indiqués.

Post-opératoire, elle produit une hématocele qui commande une réintervention ; on la prévient par l'emploi de catgut lentement résorbable.

2° L'ouverture de la cavité utérine : elle commandera en général une hystérectomie.

3° La rupture de la cicatrice au moment de l'accouchement : elle est exceptionnelle (observation de Jaboulay : la myomectomie n'avait pas été faite pour nécrobiose).

Enfin, on n'oubliera pas, la myomectomie décidée, de donner à la malade, dès la veille de l'opération, de l'opium à doses assez fortes. En général, on emploiera la morphine par piqûres de un centigramme deux ou trois fois par jour jusqu'à ce que tout danger soit écarté ; on diminuera progressivement. Si la myomectomie a été pratiquée, la malade devra éviter soigneusement toutes fatigues pendant la fin de sa grossesse et rester sous une surveillance médicale constante. A la moindre alerte on prescrira le repos absolu, les lavements laudanisés, au besoin la morphine.

L'expectative une fois décidée, plusieurs problèmes se posent à nous. Il faudra d'abord mettre la malade au repos ; la douleur pourra être soulagée par des applications chaudes au besoin laudanisées. L'alimentation sera abondante, mais aussi peu toxique que possible.

On surveillera encore plus que dans une grossesse normale les évacuations de la malade, que l'on devra favoriser

par tous les moyens (diurétiques, laxatifs), dans l'espoir de favoriser l'élimination des toxiques.

Mais c'est surtout au moment de l'accouchement que la conduite à tenir devient délicate :

Ces malades peuvent accoucher naturellement; plus souvent on doit intervenir par forceps, et c'est là, quelques précautions que l'on prenne, une cause de plus d'infection. Aussi les suites de couche sont presque à coup sûr septiques, marquées par la suppuration du fibrome et, consécutivement, par l'infection puerpérale. Des hystérectomies d'urgence ont pu, dans ces cas, sauver la malade. Même si la malade échappe à l'infection, elle reste néanmoins porteuse d'un fibrome nécrobiosé qu'il faudra lui enlever plus tard (cas de l'observation 40).

Aussi croyons-nous sage de poser le principe de l'intervention systématique dès les premières douleurs.

Nous rappellerons pour mémoire qu'autrefois on pratiquait dans ces cas l'opération de Porro aujourd'hui complètement abandonnée.

On fera une césarienne suivie d'hystérectomie ou de myomectomie (2 myomectomies dont une double, 3 hystérectomies). Cette intervention a donné de bons résultats :

5 guérisons maternelles,
5 enfants vivants.

Il est donc inutile de faire courir à la malade les risques d'une infection puerpérale pour être obligé néanmoins d'intervenir plus tard, à moins toutefois de contre-indications formelles à l'opération à ce moment (obs. 40).

OBSERVATIONS

Nous avons réparti les observations suivantes qui constituent la base de cette étude en trois catégories :

La 1^{re} Série : de 1 à 39 (la première étant inédite)
contient les cas d'interventions dans lesquels le fœtus n'était pas viable.

La 2^e Série : de 40 à 50 (l'observation 40 étant inédite)
les cas où l'intervention a été pratiquée sur un fœtus viable ou après un accouchement spontané.

Dans chaque observation nous avons indiqué si l'examen histologique avait été fait. Dans les cas où il manquait, nous n'avons retenu que les cas dont la description macroscopique nous a paru suffisamment nette et nous avons dû malheureusement, éliminer de ce fait de nombreuses observations, dont les signes cliniques nous faisaient soupçonner la nécrose, mais qui restaient muettes sur l'examen des pièces.

Enfin les observations 51 et 52 sont celles de fibromes infectés pendant la grossesse.

OBSERVATION N° 1

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Charrier
et de M. le Docteur Laffargue.)

M^{me} X..., actuellement âgée de 35 ans, culottière.

Antécédents. — Réglée à 13 ans normalement. Mariée à 32 ans. Jusqu'à 33 ans, aucune maladie ni génitale ni générale.

En juillet 1927, un an après son mariage, les règles arrivent avec 4 ou 5 jours de retard et sont diminuées.

En août, pas de règles.

En septembre, règles survenues à leur date normale mais insignifiantes et aussitôt terminées. A cette date, apparition de douleurs. Celles-ci siègent dans le bas-ventre et revêtent la forme de coliques.

Vers la fin septembre, à l'occasion d'un effort, la malade fait une hémorragie assez abondante, à l'occasion de laquelle elle

est examinée par un médecin; celui-ci reconnaît la grossesse (ignorée de la malade) et conseille le repos.

A partir de ce moment, les douleurs deviennent de plus en plus pénibles, prennent le type expulsif; elles partent des régions lombaires pour se terminer dans l'hypogastre, envoyant des irradiantes vers la racine des cuisses. A aucun moment la malade n'a présenté de fièvre.

Au début d'octobre la malade, qui habitait la campagne, vient retrouver sa famille à Bordeaux et se fait examiner par le Docteur Laffargue, médecin de la famille. Celui-ci met la malade au lit avec de la glace sur le ventre et fait appeler M. le Professeur Charrier qui l'opère trois jours après, le 6 octobre, c'est-à-dire au troisième mois de sa grossesse.

A noter que la malade était contrariée de sa grossesse et désirait vivement une opération radicale qui l'en eût débarrassée.

Opération. — On tombe sur un utérus gravide de trois mois présentant au niveau de sa corne droite un fibrome violacé de la grosseur d'une mandarine tenant à l'utérus par un pédicule court et gros. Pas d'adhérences épiploïques. La myomectomie est assez facile et entame légèrement le muscle utérin. Un surjet hémostatique sur le muscle et un sur le péritoine. Opération sans incidents.

Suites opératoires normales jusqu'au 27 décembre 1927. La malade étant alors enceinte de 5 mois 1/2 perdit brusquement les eaux en travaillant, puis fit une petite hémorragie; trois heures après, elle expulse un fœtus vivant du sexe féminin, mesurant 27 centimètres, mais qui meurt une heure après sa naissance.

Suites de couches banales (13 jours de lit).

Règles revenues 40 jours après.

Etat actuel. — Depuis son accouchement, cette femme a toujours été bien réglée avec 4 jours d'avance tous les mois. Elle n'a jamais présenté d'hémorragie, d'hydrorrhée, ni de pertes blanches.

OBSERVATION N° 2. — Opération en 1898.

(Demons et Binaud. — *Gazette hebdomadaire médicale de Bordeaux*, 1898.)

Malade âgée de 28 ans.

Symptomatologie. — Début progressif par douleurs datant de l'arrêt des règles, très violentes à 4 mois 1/2. Abdomen très volumineux. Amaigrissement, mauvais état général.

L'opération est pratiquée à 4 mois 1/2, après huit jours d'expectative parce que l'on avait écarté l'idée de grossesse et que le mauvais état général s'aggravait.

Opération. — Hystérectomie totale.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 3. — Opération en 1902.

(Bouilly. — *In Thèse Grosse*, Paris, 1902.)

Malade âgée de 35 ans, ayant fait une fausse-couche antérieure.

Le diagnostic de fibrome avait été porté chez elle 5 ans auparavant.

Symptomatologie. — Début progressif. Deux mois et demi après les dernières règles, on trouve une tumeur du côté droit de l'abdomen. Un mois et demi après, hémiplegie brusque s'améliorant spontanément. Un mois plus tard la tumeur a considérablement augmenté de volume et s'est ramollie. L'état général est mauvais. Intervention à 5 mois. On a écarté l'hypothèse de gravidité et on pense à une tumeur maligne.

Opération. — Tumeur très volumineuse ayant repoussé l'utérus à gauche et unie à lui par un pédicule court de la grosseur de deux doigts; elle adhère à tous les organes environnants et est difficile à isoler.

Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Mort par péritonite au bout de 5 jours.

OBSERVATION N° 4. — Opération en 1903.

(Thorn. — *Munchn Medicin. Wochensch.*, 1905.)

Malade âgée de 37 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif. La malade sent d'abord un corps dur et mobile dans l'hypogastre. L'abdomen augmente rapidement de volume, devient douloureux : on sent en avant de l'utérus une tumeur grosse comme le poing, très sensible. On intervient aussitôt au quatrième mois avec le diagnostic de kyste dermoïde tordu.

Opération. — On tombe sur des adhérences traduisant une poussée péritonéale récente et on trouve un large myome de la paroi antérieure de l'utérus. Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison. Accouchement à terme, enfant vivant.

OBSERVATION N° 5. — Opération en 1906.

(Bonamy. — *In Thèse Burty*, Paris, 1908.)

Malade de 30 ans ayant fait trois fausses-couches et une grossesse.

Symptomatologie. — Début progressif marqué surtout par la présence de deux tumeurs volumineuses à droite et à gauche de la ligne médiane. Douleurs abdominales. Mauvais état général.

On intervient immédiatement au 4^e mois de la grossesse vu le mauvais état général.

Opération. — Hystérectomie subtotale.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 6. — Opération en 1904.

(Bland Sutton. — *Obst. Soc. London*, 1904.)

Malade âgée de 34 ans.

Symptomatologie. — Début brusque par douleur aiguë : la malade constate en même temps la présence d'une tumeur

dans la fosse iliaque droite. Température : 38°5.

Ces accidents ont lieu au 6^e mois. On opère aussitôt avec le diagnostic de tumeur ovarienne à pédicule tordu.

Opération. — Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison. La grossesse va à terme.

OBSERVATION N° 7. — Opération en 1904.

(Bland Sutton. — Obst. Soc. London, 1904.)

Malade âgée de 36 ans.

Symptomatologie. — Début progressif par grosse augmentation de volume de l'abdomen. Quelques douleurs. Pas de fièvre.

Opération immédiate au 2^e mois, la grossesse étant douteuse.

Opération. — Fibrome de la paroi antérieure du corps de l'utérus. Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

Accouchement à terme d'un enfant vigoureux.

OBSERVATION N° 8. — Opération en 1904.

(Ribemont-Dessaignes. — Société Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, mars 1904.)

Malade âgée de 32 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début brusque par de violentes douleurs abdominales. On trouve une tumeur accolée à l'utérus mais distincte, très douloureuse. Bon état général. Température à 37°4.

La malade, examinée au 4^e mois de sa grossesse, est opérée immédiatement avec le diagnostic de kyste de l'ovaire ou fibrome à pédicule tordu.

Opération. — On tombe sur un fibrome pédiculé.

Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION N° 9. — Opération en 1904.

(Bland Sutton. — Obst. Soc. London, 1904.)

Malade âgée de 28 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif par développement considérable de l'abdomen et douleur. Pas de température. On intervient aussitôt au 3^e mois avec un diagnostic exact.

Opération. — On trouve une grosse tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus qui est tordu à 90° et rétro-fléchi.

Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison. La grossesse continue au-delà du 3^e mois.

OBSERVATION N° 10. — Opération en 1907.

(Archibald Donald. — *In* Mémoire de Smith and Schaw. — *J. Obst. and Gyn.*, 1909.)

Malade de 34 ans.

Symptomatologie. — Début progressif par douleur et augmentation rapide de volume de l'abdomen. L'état général est très mauvais.

Intervention dix jours après le premier examen de la malade au 3^e mois de la grossesse, décidée par l'état général de la malade.

Opération. — On se décide pour une hystérectomie à cause de la situation intra-murale du fibrome et du mauvais état de la malade.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 11. — Opération en 1905.

(Piquand et Lemeland. — *L'Obst.*, 1910.)

Malade âgée de 48 ans.

Symptomatologie. — Les premiers accidents datent de dix-huit mois, caractérisés par des douleurs et des pertes

et devenus plus intenses depuis cinq mois ; depuis cinq mois également, son ventre a considérablement augmenté de volume. Depuis un mois les douleurs sont très violentes ; polakiurie. Pas de fièvre.

La grossesse reste inaperçue. On opère immédiatement avec le diagnostic de fibrome utérin.

Opération. — Hystérectomie subtotale : utérus gravide de 3 mois 1/2.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 12. — Opération en 1908.

(Krusen. — *American Journal Obst.*, 1920, t. 61, p. 459.)

Malade de 27 ans.

Symptomatologie. — Début progressif : les premières douleurs datent de plusieurs années. On constate un abdomen très volumineux présentant, du côté droit, une zone molle séparée par un sillon de l'utérus gravide.

On intervient immédiatement au 5^e mois avec un diagnostic exact.

Opération. — Hystérectomie subtotale.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 13. — Opération en 1909.

(Piquand et Lemeland. — *L'Obst.*, 1910.)

Malade âgée de 45 ans.

Symptomatologie. — Début progressif ; les premières douleurs datent de 18 mois, accompagnées de quelques pertes de sang. Depuis quelque temps, augmentation rapide et considérable de volume de l'abdomen.

On intervient aussitôt sans avoir reconnu la grossesse après avoir porté le diagnostic de fibrome.

Opération. — Hystérectomie subtotale sur un utérus gravide de 4 mois.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 14. — Opération en 1911.

(Legueu. — Société Obstétrique et Gynécologie de Paris, 1911.)

Malade âgée de 42 ans.

Symptomatologie. — Début brusque par réaction péritonéale et fièvre à 38°5. L'examen clinique n'est possible que sous chloroforme et permet de reconnaître un fibrome sur un utérus gravide de deux mois.

On intervient sitôt après refroidissement.

Opération. — Hystérectomie subtotale.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 15. — Opération en 1905.

(Legrand et Baron. — *Ann. Gynécologie et Obstétrique*, 1912.)

Symptomatologie. — Début brusque par douleurs violentes. Examen impossible. Sous anesthésie on fait le diagnostic de fibrome compliquant une grossesse.

On intervient aussitôt avec le diagnostic exact à 2 mois 1/2.

Opération. — Deux petits fibromes du fond dont on ne s'occupe pas. Myomectomie d'un fibrome sessile du segment inférieur.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison de la mère.

Menaces répétées d'avortement que l'on arrive à arrêter.

Accouchement à terme.

Forceps pour travail prolongé et fatigue maternelle.

Enfant vivant de 3 kilogs.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 16. — Opération en 1911.

(Heimo. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1917.)

Malade âgée de 35 ans.

Symptomatologie. — Début progressif marqué par une augmentation de volume du ventre et des tiraillements datant de deux ans. Ces phénomènes s'aggravent depuis l'arrêt des

règles ; pollakiurie, dyspnée, altération de l'état général. Abdomen asymétrique : on sent une tumeur molle et peu mobile développée surtout à droite.

On intervient après 15 jours d'attente, vu le mauvais état de la malade dont on n'avait pas reconnu la grossesse.

Opération. — Hystérectomie. Utérus gravide de 3 mois.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 17. — Opération en 1910.

(Mouchotte. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1911.)

Malade âgée de 38 ans.

Symptomatologie. — Début progressif. Augmentation de volume de l'abdomen datant de un an. Depuis deux mois, augmentation plus rapide et douleur. Dyspnée, œdème malléolaire. Pas de fièvre. On sent une tumeur para-utérine gauche immobile douloureuse faisant penser à une rate hypertrophiée.

On attend 15 jours. Alternatives d'aggravations et d'améliorations.

On élimine l'hypothèse de splénomégalie par l'examen de la formule sanguine et on se décide à intervenir au 5^e mois, le diagnostic demeurant hésitant.

Opération. — Hystérectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 18. — Opération en 1910.

(Chavannaz. — *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910.)

Malade âgée de 25 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début rapide par douleur et rétention d'urine. Ventre ballonné. Température : 39°. Faciès fatigué. Tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

La malade est opérée presque aussitôt, le diagnostic étant resté hésitant. La malade est au 2^e mois de sa grossesse.

Opération. — On fait d'abord une myomectomie, mais la

coupe du fibrome ayant paru laisser des doutes sur l'aseptie de la tumeur, l'opérateur préfère pratiquer une hystérectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 19. — Opération en 1910.

(Commandeur et Laroyenne. — *In* Thèse Bablet, Bordeaux, 1910.)

Malade âgée de 29 ans 1/2, ayant fait deux accouchements à terme sans incidents et 2 fausses-couches.

Symptomatologie. — Début progressif par augmentation rapide de l'abdomen. Les règles étaient extrêmement abondantes depuis 5 ans.

Pas de douleur. Pertes rouges abondantes 15 jours avant son opération. On sent à gauche de l'utérus une masse molle qui ne descend pas dans le petit bassin et paraît indépendante de l'utérus. Température : 38°8.

On intervient immédiatement, la grossesse étant à 3 mois.

Opération. — Fibrome fluctuant sur le côté gauche de l'utérus.

Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Mort le cinquième jour par péritonite et ileus paralytique. On avait en vain drainé et isolé par des mèches le péritoine pelvien et pratiqué une entérostomie.

OBSERVATION N° 20. — Opération en 1910.

(Schauta. — Société d'Obst. et de Gyn. de Vienne, 14 juin 1910.)

Opération pour accidents péritonéaux.

On tombe sur un myome pédiculé en voie de nécrose.

Ligature du pédicule et extirpation du myome.

Suites opératoires. — Guérison. La grossesse continue.

OBSERVATION N° 21. — Opération en 1912.

(Fraipont. — *Revue Mensuelle de Gynécol. et d'Obst.*, 1912.)

Symptomatologie. — Début brusque par des phénomènes douloureux très violents. Une tumeur utérine déjà constatée se met à grossir.

Opération. — On trouve un fibrome pédiculé en partie nécrosé qui est enlevé.

Suites opératoires. — Guérison. La grossesse continue.

OBSERVATION N° 22. — Opération en 1912.

(Chavannaz, — *Ann. de Gynécol.*, 1912.)

Malade âgée de 36 ans, ayant déjà fait un avortement.

Symptomatologie. — Début par métrorragie faisant penser à un avortement. Puis surviennent des frissons et de la fièvre. On attend ; les signes généraux passent mais les pertes continuent.

Opération après 20 jours d'attente.

Opération. — Petit fibrome de la corne gauche du volume d'une orange à pédicule court. Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrosé.

Examen bactériologique : lesensemencements sont restés stériles.

Suites opératoires. — L'avortement commencé se poursuit et se termine une semaine après.

Guérison de la mère.

OBSERVATION N° 23. — Opération en 1913.

(Grosse. — *In Thèse Viel*, Paris, 1920.)

Malade âgée de 32 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif par douleurs légères et pollakiurie. On sent dans le flanc droit un premier fibrome dur, mobile. Au toucher, tumeur pelvienne dure, mamelonnée, enclavée dans le bassin. Pas d'atteinte de l'état général.

On essaie d'attendre. Quinze jours plus tard on constate une

augmentation considérable de volume des fibromes qui se sont ramollis; apparition de douleurs assez violentes. On se décide à intervenir au 4^e mois.

Opération. — Un fibrome pédiculé de la corne droite.

Un fibrome enclavé pelvien, développé aux dépens du segment inférieur, impossible à énucléer.

Hystérectomie subtotale.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 24. — Opération en 1913.

(Frank. — *The American Journal of Obstetric and.*)

Grossesse de quatre mois. Fibrome pédiculé nécrosé.

Opération. — Myomectomie.

Suites opératoires. — Guérison.

Grossesse et travail normaux.

OBSERVATION N° 25. — Opération en 1917.

(Chavannaz. — Congrès Français de Chirurgie, 1919.)

Malade âgée de 38 ans.

Symptomatologie. — Le début a passé inaperçu. La malade est examinée au 4^e mois de sa grossesse. Elle présente un utérus gravide flanqué à sa gauche d'une masse du volume du poing, mobile, dure, non douloureuse. Teint pâle, pas de fièvre.

On intervient après un mois d'expectative avec un diagnostic exact. La température oscille entre 36°6 et 37°5.

Opération. — Fibrome pédiculé adhérent à l'épiploon.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Examen bactériologique : fibrome aseptique.

Suites opératoires. — Guérison maternelle.

Accouchement spontané à terme d'un enfant vigoureux.

OBSERVATION N° 26. — Opération en 1919.

(De Rouville. — *In* Thèse Landureau, Montpellier, 1921.)

Malade âgée de 20 ans.

Symptomatologie. — Début rapide par augmentation considérable de l'abdomen. (Edème malléolaire. Amaigrissement. Douleurs lombo-abdominales.

Intervention immédiate.

Opération. — On tombe sur un fibrome adhérent à l'épiploon et uni à l'utérus par un pédicule de 8 à 10 centimètres de long sur 2 d'épaisseur.

Utérus gravide de trois mois.

Hystérectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 27. — Opération en 1922.

(Brindeau et Devé. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 33 ans, secondipare.

Symptomatologie. — Début progressif, par des douleurs modérées. On connaissait antérieurement l'existence d'un fibrome latéro-utérin ; on retrouve cette masse augmentée de volume, douloureuse. Pas de fièvre.

Les premiers symptômes sont apparus au 3^e mois. On avait pratiqué à cette époque un cathétérisme utérin.

On intervient 15 jours après avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Opération. — On tombe sur un fibrome du ligament large pédiculé.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison maternelle. Accouchement à terme.

OBSERVATION N° 28. — Opération en 1922.

(Brindeau. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 29 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif par des douleurs survenues quelque temps avant l'arrêt des règles. On perçoit à

l'examen une petite masse douloureuse paraissant indépendante de l'utérus. Pas de fièvre.

La malade est vue au 4^e mois de sa grossesse et opérée immédiatement. Les raisons n'en sont pas indiquées.

Opération. — Fibrome du bord gauche dont la base d'implantation est de la largeur d'une pièce de 5 francs. Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Avortement le surlendemain de l'opération. Mort de la mère deux jours après par accidents pulmonaires.

OBSERVATION N° 29. — Opération en 1922.

(Brindeau et Desoubry. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 30 ans, IV^e-pare.

Symptomatologie. — Quelques pertes rouges au 3^e mois de sa grossesse. Repos. Revue 2 mois 1/2 plus tard. On sent une première masse douloureuse à droite du corps utérin, mobile, semblant reliée au corps utérin et se contractant avec lui ; une deuxième, développée aux dépens du tiers inférieur de l'utérus, douloureuse et prævia. Col effacé. Pas de fièvre. Deux jours après, phlegmatia alba dolens.

Quinze jours après, pertes un peu fétides ; douleur violente, augmentation rapide de volume du fibrome. On se décide à intervenir.

Opération. — Hystérectomie en vase clos.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Examen bactériologique : fibrome aseptique. Liquide séro-hématique remplissant une zone où le placenta était décollé : streptocoques.

Suites opératoires. — Guérison maternelle.

OBSERVATION N° 30. — Opération en 1922.

(Metzger. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 38 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif par douleurs. A l'exa-

men, tumeur mobile douloureuse latéro-utérine. Pas de fièvre.

La malade est vue au troisième mois de sa grossesse et opérée immédiatement. Les raisons n'en sont pas indiquées.

Opération. — On pratique une double myomectomie.

Examen histologique : fibrome en voie de dégénérescence, nécrobiotique, peu avancé.

Suites opératoires. — Ne sont pas signalées.

OBSERVATION N° 31. — Opération en 1922.

(Brindeau. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 37 ans, secundipare.

Symptomatologie. — Début progressif par douleur intermittente. On sent au niveau du fond utérin une masse douloureuse difficile à délimiter, peu mobile. Pas de fièvre.

La malade est vue au 5^e mois de sa grossesse et opérée immédiatement avec un diagnostic exact.

Opération. — Fibrome pédiculé dont le pédicule est de la largeur d'une pièce de deux francs.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 32. — Opération en 1922.

(Vincent, Rouvier, H. Duboucher et E. Pouget. — Soc. d'Obst. et Gyn., Alger, 8 mai 1922.)

Malade âgée de 30 ans. Primipare.

Symptomatologie. — Début progressif par augmentation considérable de volume de l'abdomen. Pas de douleur. Pas de fièvre.

La malade est vue au 5^e mois et opérée immédiatement avec un diagnostic exact.

Opération. — La tumeur tient à l'utérus par un pédicule court et large comme la partie inférieure de l'avant-bras.

Myomectomie.

Examen histologique : n'a pas été fait.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 33. — Opération en 1922.

(Le Lorier et Duchêne. — Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1922.)

Malade âgée de 39 ans, ayant fait un avortement antérieur.

Symptomatologie. — Début brusque par douleurs violentes sans écoulements sanguins. Vomissements, météorisme et péristaltisme intestinal. Arrêt des matières et des gaz.

On sent une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque droite impossible à délimiter.

On attend 8 jours ; au début légère amélioration, puis nouvelle crise d'occlusion. On se décide à intervenir à 3 mois 1/2.

Opération. — Fibrome interstitiel assez volumineux implanté près de la corne droite et auquel adhère une anse grêle coudée à angle très aigu : libération prudente. Dans la profondeur, seconde adhérence à une autre anse grêle, nouvelle libération. Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison de la mère. Accouchement à 8 mois 1/2, spontané. Enfant de 2 kgs 700.

OBSERVATION N° 34. — Opération en 1922.

(Bue et Potel.)

Malade âgée de 30 ans, secundipare.

Opération au 5° mois de la grossesse.

Fibrome sessile gros comme une orange, encastré dans la paroi interne gauche. Myomectomie.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison.

Accouchement à terme.

OBSERVATION N° 35. — Opération en 1923.

(Dupont. — Société d'Obst. et de Gynécol. de Paris, 1923.)

Malade âgée de 35 ans.

Symptomatologie. — Début progressif par douleurs au troisième mois. On décide d'attendre.

Un mois après, la douleur a augmenté ; le ventre a pris un gros développement. Pas de température.

On se décide à intervenir à 4 mois 1/2 pour augmentation des symptômes.

Opération. — Enucléation facile d'un fibrome antérieur.

Enucléation plus laborieuse d'un deuxième fibrome situé derrière le premier. Greffe épiploïque.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison maternelle.

Accouchement à 7 mois 1/2.

OBSERVATION N° 36. — Opération en 1923.

(Charrier, Charron et Rioux. — *J. de Méd. de Bordeaux*, 1923.)

Malade âgée de 28 ans, secundipare.

Symptomatologie. — Début progressif par douleurs avec paroxysmes. Tumeur de la fosse iliaque gauche. Pas de fièvre.

On décide l'intervention aussitôt au 4^e mois sur l'intensité des douleurs.

Opération. — Fibrome pédiculé.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrosé.

Suites opératoires. — Guérison de la mère.

Accouchement naturel à terme. Enfant du sexe masculin de 4 kilogs.

OBSERVATION N° 37. — Opération en 1924.

(Leroux. — *Gaz. Méd. de Nantes*, 1924.)

Malade âgée de 35 ans, primipare.

Symptomatologie. — Début progressif, quelques pertes de sang devenant plus abondantes. Légère température. La douleur n'apparaît qu'à la palpation.

Opération au 4^e mois.

La tumeur n'a pas de pédicule et siège sur le segment inférieur. On est obligé de pratiquer une hystérectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 38. — Opération en 1925.

(Loubat. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécol.*, 1925.)

Malade âgée de 35 ans, secundipare.

Symptomatologie. — Début brusque au 3^e mois de la grossesse par une douleur violente qui s'atténue assez vite, mais reste sourde, continuelle.

15 jours après, nouvelle crise douloureuse, cette fois avec légère élévation de la température. On sent une petite tumeur en saillie sur un utérus gravide, dans la fosse iliaque gauche; elle est douloureuse et semble faire corps avec l'utérus.

Intervention immédiate à 3 mois 1/2, avec un diagnostic exact.

Opération. — On tombe sur un fibrome sous-péritonéal sessile. Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION N° 39. — Opération en 1925.

(Loubat. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécol.*, 1925.)

Malade âgée de 32 ans, primipare.

Symptomatologie. — Au deuxième mois, augmentation notable de volume de l'abdomen. Douleurs s'installant progressivement, devenant de plus en plus vives. Altération de l'état général.

Examen vers le 3^e mois. On trouve un utérus gravide et une tumeur de la corne droite de l'utérus douloureuse. On pense à un kyste de l'ovaire tordu et on intervient aussitôt.

Opération. — On tombe sur un fibrome de la corne droite uni à l'utérus par un pédicule court et large.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Guérison de la mère.

Accouchement à terme par forceps. Fille bien constituée qui a vécu.

OBSERVATION N° 40

(Due à l'obligeance de MM. les Professeurs agrégés Charrier et Péry et de M. le Docteur Dissez.)

M^{me} X..., 18 ans, primipare. Dernières règles le 1^{er} juin 1922. Grossesse évoluant à peu près normalement, avec cependant des troubles digestifs assez accentués, vomissements fréquents; prurit vulvaire extrêmement violent et pénible à partir du 2^e mois de la grossesse.

Vers le même moment, quelques douleurs dans le ventre, plus particulièrement du côté droit. Ces douleurs persistant, la malade est examinée le 9 octobre 1922 par M. le Docteur Péry qui diagnostique un fibrome peu volumineux du segment inférieur droit de l'utérus. Le volume du ventre est en rapport avec l'âge de la grossesse.

Le 24 octobre, douleurs dans l'aîne et la cuisse droite.

Le 28 octobre, douleur extrêmement violente dans le ventre du côté droit avec vomissements poracés. M. le Docteur Charrier voit la malade pour la première fois ce jour et confirme le diagnostic du Docteur Péry. Traitement : glace sur le ventre. On n'intervient pas à cause de la douleur dans la cuisse droite qui fait craindre une phlébite et de la réaction péritonéale.

Les douleurs et les vomissements continuent en s'atténuant légèrement jusqu'au 4 novembre, puis les douleurs reprennent.

Le 8 novembre, métrorragie légère ; lavement laudanisé.

Le 10 novembre, nouvelle perte de sang et, simultanément, écoulement de colostrum ; de même le 11. Les vomissements et les douleurs continuent ; nombreuses contractions. On sent les mouvements du fœtus et on entend les battements du cœur.

Le 16 et le 18 novembre, nouvelles pertes de sang ; vomissement.

Le 19, le prurit, qui avait cessé depuis une dizaine de jours, réapparaît.

Les vomissements cessent ; la malade peut s'alimenter.

Le 22, la malade se lève deux heures. Quelques contractions sans vomissements ni pertes de sang.

A partir de cette date, la malade se lève un peu plus chaque

jour et la grossesse prend une évolution normale. Le prurit continue toujours très violent.

L'état général s'améliore très rapidement, et la malade devient florissante. Rien à signaler jusqu'au début du travail qui a lieu le 18 mars 1923, à midi. Douleurs assez fortes et très rapprochées; rupture de la poche des eaux vers 14 heures, dilatation très lente; les douleurs se rapprochent, toujours très violentes, et bientôt se succèdent sans interruption; pas d'engagement de la tête; la dilatation se maintient à 5 francs jusqu'à minuit. A ce moment, intervention (Docteur Péry). Dilatation digitale, épisiotomie, forceps, deux circulaires autour du cou. Garçon vivant de 4 kilogs. Délivrance artificielle. Placenta un peu gros.

Suites de couches normales jusqu'au huitième jour. A ce moment, frisson, douleur dans le membre inférieur gauche : phlébite. Evolution normale.

Allaitement maternel.

Après l'accouchement, le fibrome n'a pas régressé; cependant, la première année la malade a peu souffert, bien que conservant une sensibilité particulière dans le ventre, du côté droit. Le fibrome est perçu au toucher; il paraît siéger au niveau de la corne droite et faire partie intégrante de l'utérus; son volume paraît être celui d'une mandarine environ. Les règles reviennent normalement, mais les phénomènes douloureux augmentent à mesure que le temps passe et, en 1924, la malade fait une cure à Salies-de-Béarn, sans résultat appréciable. En 1925, cure à Biarritz. Les douleurs ne sont pas diminuées, au contraire; il existe des crises douloureuses fréquentes, obligeant la malade à s'aliter plusieurs jours en suivant; règles toujours normales, état général bon.

En 1926, les douleurs continuent à augmenter.

En 1927, l'état général commence à décliner et les crises douloureuses augmentent en fréquence, durée et intensité au point que la malade a dû garder le lit pendant les derniers mois de l'année, les douleurs n'étant calmées que par les applications de glace. Il y a un peu de température.

Après examen par les Docteurs Péry, Charrier et Chavannaz, l'opération est décidée et pratiquée par M. le Docteur Charrier le 4 janvier 1928.

Opération. — Fibrome sessile du bord droit de l'utérus, ovaire droit scléro-kystique. Le Docteur Péry insiste pour faire une opération conservatrice, malgré l'aspect de la tumeur qui semble faire corps avec l'utérus. Le Docteur Charrier tente l'énucléation du myome qu'il réussit parfaitement. Suture en bourse; l'ovaire droit est enlevé. Drainage. Fermeture.

Le fibrome est du volume d'une grosse mandarine, de forme sphérique aplatie, coloration blanc-jaunâtre (vieil ivoire). Absence totale de vaisseaux sanguins. A la coupe, quelques noyaux ramollis.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un fibrome en voie de nécrobiose.

Suites opératoires normales. A noter cependant un peu de fièvre persistant une quinzaine de jours et, vers le douzième jour, une douleur assez vive dans le membre inférieur droit qui fait craindre une phlébite qui ne s'est pas déclarée. La température est due sans doute à la résorption du caillot qui a dû se former au niveau de la tumeur énucléée.

La malade quitte la maison de santé 25 jours après l'opération. A partir de ce moment, guérison complète, aucune douleur.

Les premières règles sont apparues 5 à 6 jours après l'opération. Depuis ce moment, elles ont été normales jusqu'au 22 août 1928, date des dernières règles. La malade est enceinte depuis ce moment, et sa grossesse se poursuit normalement sans troubles d'aucune sorte.

OBSERVATION N° 41. — Opération en 1900.

(Lepage. — Société Obst., Gynécol. et Pédiatrie, 1900.)

Malade secundipare.

Symptomatologie. — Examinée à 5 mois pour hémorragie due à une insertion basse du placenta.

Aucun signe de fibrome nécrobiosé pendant toute la grossesse.

Opération. — Intervention à terme pour présentation de l'épaule et tumeur prævia ; hémorragie ; pas de douleurs.

Opération de Porro.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Enfant vivant. Guérison de la mère.

OBSERVATION N° 42. — Opération en 1900.

(Doléris. — *In* Thèse Turner, Paris, 1900.)

Malade âgée de 40 ans, IV^e-pare.

Symptomatologie. — Douleur depuis le début de la grossesse. Repos de 8 jours sans résultat. Grave atteinte de l'état général.

Intervention à 7 mois 1/2.

Opération de Porro.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Guérison de la mère. Mort de l'enfant.

OBSERVATION N° 43. — Opération en 1904.

(Bland Sutton. — Obst. Soc., London, 1904.)

Malade âgée de 33 ans, primipare.

Symptomatologie. — Augmentation très rapide de l'abdomen dès l'arrêt des règles. La malade est vue au 2^e mois. On trouve deux fibromes, un abdominal et un pelvien. Pas de signes généraux. On décide d'attendre.

Opération à 6 mois 1/2, la malade faisant un accouchement prématuré. Procidence du bras.

Hystérectomie totale.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Inconnues.

OBSERVATION N° 44. — Opération en 1909.

(Turner. — Royal Soc. of Med., 1909.)

Malade âgée de 32 ans, multipare.

Symptomatologie. — Malade examinée au 2^e mois de sa grossesse pour tumeur paraissant pédiculée du côté gauche de l'abdomen.

Première opération. — Quinze jours plus tard, laparotomie.

On trouve un fibrome d'aspect normal très largement adhérent à l'utérus. La myomectomie paraît impossible. On se retire.

Accouchement à terme. Travail long terminé naturellement. Délivrance artificielle.

Deuxième opération trois jours après l'accouchement pour signes graves d'infection. Hystérectomie.

L'utérus contenait une tumeur développée dans le ligament large gauche remplie de pus fétide.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 45. — Opération en 1922.

(Brindeau.— *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 37 ans, primipare.

Symptomatologie. — Pendant sa grossesse on a porté le diagnostic de fibrome. Aucun signe de nécrobiose ; l'examen avait été provoqué par une hémorragie ayant duré deux heures au 3^e mois. À terme on sent une masse douloureuse prævia.

Opération. — Césarienne.

On trouve le fibrome dans le Douglas. Il est pédiculé.

Myomectomie.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Enfant vivant du sexe masculin, pesant 3.080 grammes. Guérison maternelle.

OBSERVATION N° 46. — Opération en 1905.

(Thorn. — *In Munch Med.*, 1905.)

Malade de 34 ans, primipare.

Symptomatologie. — La malade souffrait depuis longtemps de troubles de la défécation et de la miction.

Au 3^e mois de sa grossesse, douleur brusque et violente. On fait le diagnostic d'utérus gravide incarcéré et on en fait la réduction sous anesthésie. On profite de l'anesthésie pour pratiquer un examen complet et on trouve un myome sous-séreux intra-mural. Les mois suivants, développement considérable de la tumeur qui est douloureuse.

Néanmoins, la grossesse arrive à terme. Accouchement par forceps.

Grosse réaction après l'accouchement. Météorisme. Pouls petit, rapide. Température modérée les jours suivants. Thrombose des deux veines fémorales.

Amélioration lente ; diminution très lente de volume du fibrome.

OBSERVATION N° 47. — Opération en 1923.

(Andérodias et Loubat. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923.)

Malade âgée de 33 ans, primipare.

Symptomatologie. — Malade examinée quelques mois avant son mariage chez qui on avait reconnu un gros fibrome du volume des deux poings et qui avait refusé l'hystérectomie car elle désirait des enfants.

Vers le 3^e mois de sa grossesse, l'état général est mauvais. L'abdomen est le siège de douleurs ; la malade fait des crises de rétention d'urine et de sub-occlusion avec dysurie permanente. On trouve le fibrome déjà reconnu augmenté de volume, enclavé, et un deuxième nodule du volume du poing sur le fond utérin.

La malade est mise au repos.

Au 5^e mois, le fibrome pelvien remonte dans l'abdomen. Il y a toujours de la douleur, des vomissements, de la température.

A terme, rupture spontanée de la poche des eaux.

Opération 24 heures après (transport de 150 kilomètres). Température : 38° ; mauvaise odeur du liquide amniotique. Césarienne suivie d'hystérectomie.

Pas d'examen histologique.

Enfant vivant de 3 kgs 950.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 48. — Opération en 1922.

(Bégouin et Andérodias. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922.)

Malade âgée de 32 ans, primipare.

Symptomatologie. — A 4 mois 1/2, l'abdomen grossit et

devient douloureux. On constate une tumeur hypogastrique irrégulière, de consistance inégale, sensible à la palpation ; à gauche la masse est moins dure et remonte plus haut.

Vers 6 mois, l'abdomen s'est considérablement développé. On trouve l'utérus gravide à gauche et, à droite, le fibrome, composé d'une grosse masse extra-pelvienne et d'une plus petite intra-pelvienne.

Quinze jours avant le terme, la partie sus-pelvienne du fibrome devient douloureuse.

Opération à terme. Césarienne suivie d'hystérectomie.

Enfant vivant de 3 kilogs.

La pièce montre, inclus dans le segment inférieur, un fibrome nécrobiosé gros comme une tête de fœtus et, à la partie inférieure et droite de ce fibrome, un deuxième utérus qui constituait la partie intra-pelvienne, non douloureuse, de la tumeur.

Suites opératoires. — Guérison.

OBSERVATION N° 49. — Opération en 1922.

(Brindeau et Devé. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 35 ans, primipare.

Symptomatologie. — Examinée pour la première fois au 7^e mois. On sent un fibrome du volume du poing au fond de l'utérus, mobile et non douloureux, et un fibrome prævia.

A 8 mois, tentative de réduction du fibrome prævia sous chloroforme. Echec.

Opération. — A terme.

Césarienne suivie de deux myomectomies.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé, surtout celui qui était dans le Douglas.

Suites opératoires. — Guérison de la mère.

Enfant vivant du sexe féminin, pesant 4 kgs 540.

OBSERVATION N° 50. — Opération en 1922.

(Brindeau et Lantuégoul. — *In* Thèse Leroux, Paris, 1923.)

Malade âgée de 40 ans, ayant fait deux fausses-couches antérieures.

Symptomatologie. — Examinée au 6^e mois, on trouve un utérus contenant de nombreux noyaux fibromateux dont un plus gros en position prævia. Aucun signe de nécrobiose.

Les mois suivants, développement considérable de l'abdomen.

A terme, douleur violente brusque. Température : 37°7.

Opération. — On intervient aussitôt.

Césarienne suivie d'hystérectomie subtotale.

Examen histologique : fibrome nécrobiosé.

Suites opératoires. — Enfant vivant de 3 kgs,650.

Guérison maternelle.

OBSERVATION N° 51. — Opération en 1906.

(Martin. — *In* Thèse Joubert, Paris, 1906.)

Accidents infectieux graves vers la fin de la grossesse. Température à 40°. Deux heures après le début des accidents, avortement spontané. L'utérus reste gros et l'état général aussi grave.

Le lendemain, myomectomie par voie vaginale.

On tombe sur un fibrome putréfié.

Guérison.

OBSERVATION N° 52. — Opération en 1926.

(Delfourd. — Société d'Obstétrique de Paris, 1926.)

Malade âgée de 35 ans.

Au 2^e mois, pertes de sang ; à 2 mois 1/2, pertes fétides, frissons violents.

La malade refusant une intervention, on pratique un avortement suivi d'un curage digital immédiat ; placenta fétide.

Six jours après, la température reprend : 38°7. L'utérus presque complètement vide, est toujours gros et douloureux.

Hystérectomie, abcès de fixation, guérison.

L'utérus était complètement vide. On trouve au fond un petit fibrome ramolli, puriforme, fétide. L'examen histologique montre des zones de dégénérescence et de suppuration et des lésions inflammatoires de la muqueuse et du chorion.

CONCLUSIONS

I. — La séméiologie de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse est analogue à celle des cas observés en dehors de la grossesse. De la triade classique, la douleur et l'augmentation de volume sont à peu près constants ; les signes toxémiques sont plus rares (un tiers des cas).

II. — Souvent le diagnostic n'est pas fait.

III. — Le traitement doit s'efforcer de sauver l'enfant sans nuire à la mère.

IV. — Donc, éviter le plus possible l'hystérectomie.

On y aura néanmoins recours chez les grandes multipares et quand les deux autres procédés seront contre-indiqués.

V. — La myomectomie est plus grave pour la mère que l'hystérectomie mais elle donne d'excellents résultats pour l'enfant. On doit la pratiquer même dans les cas où elle est laborieuse ; souvent la grossesse continue quand même ; s'il y a avortement, la malade a gardé néanmoins sa sécrétion interne et la possibilité de grossesses ultérieures.

VI. — L'expectative échoue très souvent (3 fois sur 5) ; elle n'est pas sans danger pour la mère ; quand elle échoue et que l'on opère la main forcée, les résultats de la myomectomie sont franchement mauvais ; d'ailleurs, dans ce cas on pratique presque toujours une hystérectomie.

VII. — L'expectative n'est autorisée qu'avec un diag-

nostie certain. Sinon on doit intervenir aussitôt et s'efforcer de pratiquer une myomectomie.

On opère également sans attendre :

- a) Tous les cas avant le cinquième mois ;
- b) Si l'on sent nettement un pédicule ;
- c) En cas de compression ou de phénomènes toxiques ;
- d) Les fibromes pelviens ;
- e) En cas de complications (occlusion intestinale, rétention d'urine, etc.).

En un mot, l'expectative ne doit être employée qu'exceptionnellement.

VIII. — Il vaudra mieux attendre dans les cas de phlébites.

IX. — Si l'on a réussi à atteindre le terme, il faudra au début du travail pratiquer une césarienne suivie d'hystérectomie ou de myomectomie.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

ANDÉRODIAS.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 Février 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS et LOUBAT. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923.
- AUCHÉ et BRANDÉIS. — Le sphacèle aseptique des fibromyomes utérins. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909.)
- BABLET. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. (Thèse de Bordeaux, 1910.)
- BARBOUTH. — Etude chimique et histologique sur la nécrobiose aseptique des fibromyomes utérins. (*Revue de Chir.*, octobre 1912, t. XLVI, p. 571.)
- BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromyomes utérins. (Gynécologie et Obstétrique, 1921.)
- Etude radiographique de la vascularisation des fibromes utérins. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1922.)
- BÉGOUIN. — Sphacèle des fibromes utérins interstitiels non exposés, sa nature aseptique, son origine vasculaire. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 21 avril 1909, p. 261.)
- La nécrobiose des fibromes utérins. (*Paris Médical*, 17 juin 1922.)
- BÉGOUIN et ANDÉRODIAS. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922.
- BENDER. — *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, 1914.
- BERGER. — Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité. (Thèse de Paris, 1907.)
- BIGEX. — Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées. (Thèse de Paris, 1900.)
- BRINDEAU. — In *La Presse Médicale*, 1923.
- Les fibromes utérins compliqués de grossesse. (xcvi, 19, 685). *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*, Paris, 1925.

- BLAND. — Uterine myomata and pregnancy with special reference to tumour necrosis. (*Surgery Gynecology and Obstetric*, Chicago, 1925, XL, 3, 367.)
- BLAND SUTTON. — Transact. obst. Soc. London, vol. XLVI, 1904, p. 298.
- CHARRIER. — Mémoire à l'Académie de Médecine, 1914.
- CHAVANNAZ. — Fibromes sphacelés. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1908.)
- Fibromes sphacelés au cours de la grossesse. (Congrès de Gyn., Obst. et Péd. de Toulouse, 1910. — C. R. In *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910.
- *Annales de Gynécologie*, 1912.)
- Les fibromes sphacelés au cours de la grossesse. (Congrès Français de Chirurgie, 1919.)
- CHAVANNAZ et NADAL. — Recherches sur la vascularisation des fibromes sphacelés. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1910.)
- CORNIL. — Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1893, 3^e série.)
- COTTE et CREYSEL. — *Archives Franco-Belges Chirurgie*, 1923.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.
- DARTIGUES. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 7 mars 1913.
- DAVIES (T.-B.). — Fibroid Tumours complicating pregnancy labour and the puerperium. (*Clin. J. London*, 1924, LIII, 97.)
- DELFOURD. — Grossesse compliquée de fibrome ; infection, avortement, hystérectomie. (*Bull. Société d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1926.)
- DEMONS et BINAUD. — *Gaz. Hebd. Méd. de Bordeaux*, 1898.
- DENIS. — Contribution à l'étude de la myomectomie pendant la grossesse. (Thèse de Bordeaux, 1925.)
- DOLÉRIS. — *La Gynécologie*, 15 février 1900.
- DONNER. — *The Lancet*, 16 décembre 1911.
- FLEISCHMANN. — *Wien. Klin. Wochens.*, 1917.
- FONTAINE. — De la myomectomie au cours de la grossesse. (Thèse de Paris, 1913.)
- FRANK. — *American Journal Obstetric*, 1913.

- FREIPONT. — *Rev. Mens. Gyn. et Obst.*, 1912.
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés.
(Thèse de Bordeaux, 1908.)
- GOUILLOUD. — *Lyon Médical*, 1924.
- GROSS. — *Prag. Med. Wochens.*, 1914.
- GROSSE. — Fibrome utérin et grossesse. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1925.)
- GUÉRY. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins.
(Thèse de Paris, 1900.)
- GUGGISBERG. — *Schweizer Med. Wochens.*, 1921, t. II, p. 389.
- GUYOTAT. — Elimination des fibromes par gangrène et suppuration. (Thèse de Lyon, 1898.)
- HAULTAIN. — Remarks on pregnancy complicated by fibromyomata of the uterus. (In *British Med. Journal*, 1908, p. 1665.)
- HEIMO. — *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, avril 1917.
- ISCH WALL. — Fibromes de l'utérus ; grossesse ; dystocie ; mort par rupture d'un foyer ramolli dans le péritoine.
(*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1889.)
- JAMAIN. — *Fibromes utérins et puerpéralité*. (Thèse de Paris, 1907.)
- JOUBERT. — Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibrome. (Thèse de Paris, 1907.)
- KEIFFER. — Dégénérescence et involution des fibromes pendant les suites de couches. (*Revue Française de Gynéc. et d'Obst.*, 1919.)
- KELLY and CULLEN. — Myomata of the Uterus. (Philadelphia, W.-B. Saunders and C^o, 1918.)
- KEUCK. — Vorzeigen eines durch laparotomie entfernten uterus suit einem gangrenosen zum grossten Teil eitrig eingeschmolzenen submukosen myom Vereinsamml. d. pfalz. (*Frankenthal*, 1926, xxxviii, 821.)
- KOSMAK. — *American Journal Obst. New-York*, 1919.
— *New-York state Med. Journal*, 1920.
— *American Journal of Obst. and Gyn.*, juillet 1923.
- KRUSEN. — Fibroïde tumors complicating pregnancy and puerperium. (*Amer. Journal of Obst.*, mars 1910.)
- LANCE. — *Paris Chirurgical*, 1910.

- LANDUREAU. — Etude d'une observation de fibromyome gravidique en dégénérescence kystique. (Thèse de Montpellier, 1921.)
- LASMER. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins. (Thèse de Bordeaux, 1898.)
- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins. (*Ann. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, août 1911.)
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.
- LEGRAND et BARON. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1911.
- LEGUEU. — Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1911.
- LE LONIER et DUCHÊNE. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1922.
- LEMELAND. — De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. (Thèse de Paris, 1908.)
- LEPAGE. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1906 et 1912.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus durant la grossesse. (Thèse de Paris, 1923.)
- *Bulletin Médical de Paris*, 1925, xxxix, 1049.
- *Gazette Médicale de Nantes*, 1924.
- LEVRET. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 1749.
- LOBENSHRIE. — Fibromyomata in pregnancy. (*American Journal of Obst.*, 1911.)
- LOCKYERAND. — New System of Gynecology.
- LOUBAT. — *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, 1925.
- LOUBAT et CONTY. — Les manifestations aiguës fébriles de la nécrobiose des fibromes utérins. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1925.)
- LYNCH. — Pelvic neoplasms, New-York. (Appleton and C°.)
- MACFARLANE (William). — *Glasgow Med. Journal*, 1918.
- MEHEUT. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. (Thèse de Paris, 1901.)
- MICHON, CREYSSEL et GARDÈRE. — Etude bactériologique d'un fibrome sphacélé. (*Lyon Médical*, 1924, cxxxiv, 316.)
- MOUCHOTTE. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1911.
- PAUCOT. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1914.
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1904.)

- PIQUAND et LEMELAND. — Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité. (*L'Obstétrique*, 1910.)
- POTOCKI et SAUVAGE. — *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1911.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- RENAUD. — *Bulletin Soc. Anatom. de Paris*, 1908.
- REUTERSKIOLD. — Case of myoma permagnum cervicis uteri, graviditus aborbus spontaneus, necrosis myomatis partus myomatis necrositis exæresis validudo. (*Acta Gyn. Scand. Helsingfors*, 1924, III, 63.)
- RIBEMONT-DESSAIGNE et GROSSE. — *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1904.
- ROSS and HENDRICK. — *Canadian Practitioner*, 1910.
- ROSSAND-HENDRICK. — *Canadian practitioner*, 1910.
- ROUFFART. — Considération sur la nécrobiose des fibromes utérins. (*Bruxelle Médical*, 1925, v, n° 33.)
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1902.
- SCHILLER. — *American Journal Obstetric*, 1916.
- SCHMIDT. — Sublukoses meymom im puerperalem uterus. (*Med. Klin. Wien.*, Berlin, 1926, xxii, 37, 1387.)
- SCHAUTA. — *Soc. de Gyn. de Vienne*, 1910.
- SMITH and SHARW. — The patology of red degeneration of uterin myomata. (*Journal of Obst. and Gyn. British Empire*, 1909.)
- TAYLOR. — Necrobiotic fibroid and pregnancy. (*The practitioner*, 1906.)
- THORN. — *Munch. med. Woc.*, 1905.
- TURNER. — L'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes au cours de la puerpéralité. (Thèse de Paris, 1899.)
- TURNER (P.-D.). — *Royal Soc. of Medecine*, 9 novembre 1909. C. R. in *The Lancet*, 1910, p. 26.
- VANDESCAT. — *L'Hôpital*, 1925.
- VIEL. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques, des indications opératoires au cours de la grossesse. (Thèse de Paris, 1920.)
- VINCENT, ROUVIER, DUBOUCHET et LONGET. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922.)

